

## „Qualitative linguistische Analyse und klinische Forschung“

(Zentrum für interdisziplinäre Forschung, Universität Bielefeld, 16.-18.11. 2000)

Einleitungsvortrag

Elisabeth Gülich/Martin Schöndienst

### **Ansätze zu einer linguistischen Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen. Methodologie und Anwendungsperspektiven**

*Man muss damit anfangen, sich sprechen zu hören, darüber nachdenken, und alles Verlorene wird sich finden.*  
(Karl Kraus)

## **1. Fragestellung und methodologische Orientierungen**

### **1.1 Ausgangssituation**

Das Projekt, aus dem hier einige Hypothesen, methodologische Überlegungen und erste Ergebnisse zur Diskussion gestellt werden<sup>1</sup>, ist aus Beobachtungen, Befürchtungen und Hoffnungen aus der Praxis des ärztlichen Gesprächs mit anfallskranken Patienten entstanden: aus Beobachtungen zu den eigentümlichen und in der Verbindung von Vagheit und Bizarrerie charakteristischen Darstellungen, die Patienten von ihren Anfällen geben; aus der Befürchtung, die Patienten könnten als sprechende Wesen immer mehr aus dem Blickfeld geraten, in dem apparativ zu gewinnende Aspekte dominieren; aus der Hoffnung, durch genaues Hinhören auf das, was Anfallspatienten sagen, diagnostische und therapeutische Chancen eröffnen zu können.

Auf solche Beobachtungen, Befürchtungen und Hoffnungen wird in der epileptologischen Literatur nur gelegentlich hingewiesen. Hier ist in erster Linie Janz zu nennen, der in seinem Buch „Die Epilepsien“ ausführlich darauf eingeht, wie Patienten beim Versuch, ihre Auren zu beschreiben, nach Worten suchen, immer wieder neu ansetzen, Formulierungen finden und wieder verwerfen. Weil „die Erlebnisse ihrer Natur nach schwer zu beschreiben sind“, werden auch „allen Klassifikationsversuchen nach vorgegebenen Kategorien (...) Grenzen gesetzt“ (Janz 1969/1997, S. 181). Patienten zu solchen Beschreibungen zu ermutigen und ihnen als Arzt genau zuzuhören, beruht auf der – auch von Wolf vertretenen – Überzeugung, dass die subjektive Krankheitserfahrung in der Epileptologie als ebenso konstitutiv anzusehen ist wie die objektiven Befunde (Wolf 1989, S. 22) und verbindet sich mit der Hoffnung, auf diese Weise Erkenntnisse über die Anfälle, u.U. auch für die Entwicklung

---

<sup>1</sup> Es handelt sich um das seit dem 1.3.1999 von der DFG geförderte Projekt „Linguistische Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen: diagnostische und therapeutische Aspekte“, das in Zusammenarbeit mit dem Epilepsie-Zentrum Bethel durchgeführt wird (Antragsteller waren: Elisabeth Gülich und Peter Wolf). Die Projektgruppe, die am Zustandekommen dieses Vortrags tatkräftig mitgearbeitet hat, besteht zur Zeit aus: Ingrid Furchner, Elisabeth Gülich, Martin Schöndienst, Meike Schwabe, Volker Surmann, Melanie Werner und (bis 1. 9. 2000) Nicolas Tsapos. Erste Ergebnisse wurden in Gülich/Schöndienst (1999), Wolf/Schöndienst/Gülich (2000) und Schöndienst (2000) vorgestellt.

spezifischer Anfallsunterbrechungstechniken zu gewinnen (vgl. z.B. Wolf 1994, Rimpau 1999). Gerade für die neuen therapeutischen Ansätze ist - so Wolf - die Beachtung der subjektiven Aura-Empfindungen „von überragender Wichtigkeit“; die Faszination liegt für ihn in der „unüberbrückbaren Spannung zwischen dem, was zeitlich und örtlich genau eingegrenzt und mit feinsten Messmethoden objektiviert werden kann, und dem, was dabei subjektiv erlebt wird“ (Wolf 1989, S. 13 und 14). Diese Berücksichtigung des subjektiven Erlebens steht im Einklang mit der auch heute noch – oder: wieder – aktuellen Forderung Viktor von Weizsäcker, die „eigentliche Krankengeschichte“ zu berücksichtigen, die „immer ein Stück der Lebensgeschichte“ ist (Janz 1999, S. 9; vgl. auch Rimpau 1999, S. 88).<sup>2</sup>

Dass die subjektiven Wahrnehmungen und Empfindungen und darüber hinaus die gesamte Krankengeschichte hauptsächlich *sprachlich* vermittelt werden und dass somit nicht nur zu beachten ist, *was* die Patienten über das anlässlich ihrer Anfälle Erlebte zu sagen haben, sondern auch, *wie* sie es formulieren, wird im allgemeinen jedoch noch zu wenig beachtet<sup>3</sup>, ist allerdings mit den üblichen klinischen Methoden auch nicht zu untersuchen, denn es geht ja nicht nur um bloßes Zuhören. Um bei der subjektiven Beschreibung von Anfällen genau auf das „wie“ der Formulierung achten zu können, muss der „Flüchtigkeit“ des Gesprächs durch „methodische Fixierung“ (Bergmann 1985) begegnet werden: Gespräche müssen auf Ton- oder Videoträger aufgezeichnet und transkribiert werden. Unter dieser Voraussetzung kann das genaue Hinhören und Beobachten sprachlicher Eigentümlichkeiten mit Hilfe linguistischer Analysen verfeinert werden.

Wie eine solche subjektive Anfallsbeschreibung in einem Arzt-Patient-Gespräch sich ‚anhört‘ bzw. - wenn sie schriftlich festgehalten ist - aussieht und was aus linguistischer Sicht daran zu beobachten ist, soll der folgende Ausschnitt aus einer Chefarztvisite illustrieren, in dem der Arzt (A.) die Darstellung der subjektiven Aura- und Anfallsempfindungen des Patienten, Herrn Länger (L.), ausdrücklich als relevant behandelt:

#### Beispiel 1: Herr Länger (Z. 21-29)<sup>4</sup>

- A: ich würd so gern nochmal das so mit ihren Eigenen worten hören, vor allem die AUra . wie . die . wie is das,  
 L: . n=jA, . das find ich gAnz schwie:rig dIE zu beschrEiben, . äh:m ich mErk da was daß da was im kopf passIert, . das is wEder . irgendwie son schmErz oder irgendwie so'  
 A: . nen schmerz'  
 L: . nEIn das is kEIn . schmErz'  
 A: mh,mh'  
 L: un:d ähm: das is äh: . son ähm. . son komisches gefÜHI äh so sowas hAtt=ich vOrher noch nIE' . un:d da fehlen eigentlich auch die wOrte direkt zu das zu beschrEiben ne' das is schw/ sEHr schwierig da was  
 A: . . . und sie ham=n gefÜHI das sie dann immer wIEdererkEnnen, . wenna (?...)  
 L: ja, das erkenn ich [eindEUtig dann immer wieder, . \*ja'  
 A: [ganz . ganz chara\*ktéristiques gefühl,  
 L: ja  
 A: . is das Unangeneh:m'

<sup>2</sup> Nach von Weizsäcker ist die „eigentliche Krankengeschichte“ diejenige, die sich „gar nicht nur auf dem Gebiete der anatomischen und physiologischen Tatsachen, sondern auf allen Lebensgebieten“ abspielt; er fordert, die Grenzen der Medizin so zu verlegen, „dass sie auch noch das Gebiet der eigentlichen Krankengeschichte umfasst“ (zit. nach Janz 1999, S. 9; vgl. auch von Weizsäcker 1999).

<sup>3</sup> Ein Beispiel für die Vernachlässigung der sprachlichen Seite ist der ansonsten sehr umfassende Übersichtsartikel von Erkwow (1991).

<sup>4</sup> Die verwendeten Transkriptionszeichen finden sich am Schluss (S. 28). Die Eigennamen zur Bezeichnung der PatientInnen sind erfundene Namen.

- L: . nein, . [(?...)  
 A: [auch nich (?re...)/  
 L: aber auch nicht richtig schön oder irgendwie natürlich AUch nicht ne' aber  
 A: mhm'  
 L: ich weiß ja was sich damit verbindet,  
 A: . . und wie gehts dann weiter' . . was ist das nächste nach diesem . . komischen gefühl

Die erste Reaktion des Patienten auf die Aufforderung, die Auren „mit eigenen Worten“ zu beschreiben, ist ein einleitender metadiskursiver Kommentar, mit dem er die Aufgabe des Beschreibens explizit als schwierig definiert. Danach setzt er sofort zu einem ersten Beschreibungsversuch an und fokussiert ein Symptom, das er unspezifisch benennt als etwas, das "im kopf passiert"; die genauere Beschreibung besteht in einer negativen Bestimmung („das ist kein schmerz“). Dann reformuliert er das Symptom, wiederum mit einem vagen Begriff ("son komisches gefÜHl"), und kommentiert dessen Unvertrautheit ("sowas hatt ich vorher noch nie"). Anschließend rekurriert er erneut auf einen metadiskursiven Kommentar, der diesmal in verallgemeinernder Form die Unzulänglichkeit der Sprache für die schwere Beschreibbarkeit verantwortlich macht. Schließlich setzt er zu einer Reformulierung seines Anfangs-Kommentars zur Schwierigkeit des Beschreibens an, die er aber abbricht.

Die weitere Beschreibung des „komischen Gefühls“ wird interaktiv erarbeitet, und zwar durch Fragen des Arztes, die Herr Länger beantwortet. Auch hier rekurriert er wieder auf Negativdefinitionen; u.a. charakterisiert er das Gefühl als "nicht natürlich".

Herr Länger stellt hier also die Schwierigkeit, das von ihm Erlebte zu beschreiben, deutlich heraus. Diese manifestiert sich neben der Feststellung von Unvertrautheit und Unnatürlichkeit des Phänomens und der gezeigten Unfähigkeit, es positiv zu bestimmen, auch in Vagheitsindikatoren („irgendwie“) und zahlreichen Verzögerungen („ähm“, Pausen, Dehnungen).

Aus linguistischer Sicht fallen also an diesem Gesprächsausschnitt eine Reihe von Verfahren auf, durch die sich die Beschreibung der Aura als eine schwierige kommunikative Aufgabe konstituiert – eine Aufgabe, die intensiviertere Arbeit an der Formulierung erfordert und die von den Gesprächspartnern interaktiv gelöst wird. Dabei gewinnt man den - vielleicht überraschenden - Eindruck, dass Herr Länger ebenso viel Formulierungsaufwand auf die Darstellung des Beschreibungsproblems verwendet wie auf die Darstellung der Empfindung selbst. So macht er deutlich, dass er trotz seiner Anstrengungen zu keinem befriedigenden Ergebnis kommt.

Wir haben in der ersten Phase unserer Projektarbeit zahlreiche Transkripte analysiert, um typische Formulierings- und Darstellungsverfahren herauszuarbeiten. Dies war vor allem deshalb eine zentrale Aufgabe, weil für diese Untersuchung die konkreten Analysegegenstände ja nicht von vornherein gegeben waren. Auch wenn sich in epileptologischen Arbeiten vereinzelte Beobachtungen zu sprachlichen Eigentümlichkeiten finden, die bei Janz sogar relativ konkret auf einzelne sprachliche Phänomene bezogen werden, so ergibt sich daraus keine Liste von Phänomenen oder Verfahren, auf die hin die Gespräche durchgesehen werden könnten. In diesem Sinne waren die Analysegegenstände überhaupt erst zu entdecken. Dies entspricht der Vorgehensweise einer linguistischen Konversationsanalyse ethnomethodologischer Prägung, an der wir uns orientiert haben<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Dieser allgemeine theoretisch-methodologische Rahmen ist, was die forschungsgeschichtliche Entwicklung betrifft, inzwischen in zahlreichen Übersichtsartikeln und Gesamtdarstellungen zugänglich (vgl. z.B. die Übersichtsdarstellungen von Kallmeyer/Schütze 1976, Kallmeyer 1988, Bergmann 1981, 1985, 1994, J.

## 1.2 Zum konversationsanalytischen Hintergrund

Grundlegend für den hier gewählten Forschungsansatz ist die von den Ethnomethodologen entwickelte Konzeption einer ‚Alltagsmethodologie‘, die davon ausgeht, dass die Interaktanten als Mitglieder einer Gesellschaft oder sozialen Gruppe ihre Handlungen methodisch und geordnet ‚hervorbringen‘ und dass sich die von ihnen verwendeten ‚Methoden‘ aus ihren – durch Aufzeichnung und Transkription dokumentierten – konversationellen Interaktionen wissenschaftlich rekonstruieren und beschreiben lassen. Der Terminus ‚Methode‘ bezieht sich auf "die von den Mitgliedern einer Gesellschaft im Handlungsvollzug praktizierte Methodologie, über welche die – von den Handelnden als vorgegeben erfahrene und selbstverständlich hingegenommene – gesellschaftliche Wirklichkeit und soziale Ordnung erst produziert werden" (Bergmann 1981, S. 11/12).

Nach Garfinkel/Sacks (die sich ihrerseits auf entsprechende Überlegungen bei Alfred Schütz berufen) besteht die besondere Forschungsstrategie, durch die sich ethnomethodologische Untersuchungen von anderen unterscheiden, geradezu darin, „dass die Praktiken soziologischer Forschung und Theoriebildung (...) ganz und gar die soziologischen Untersuchungs- und Denkmethode der Gesellschaftsmitglieder selbst sind“ (Garfinkel/Sacks 1979, S. 134). Garfinkel benutzt häufig - z. B. zu Beginn seiner „Studies in ethnomethodology“ (1967) – Wendungen wie „in doing sociology, lay or professional“<sup>6</sup>, mit denen die Unterscheidung zwischen ‚Laien‘ und ‚Experten‘ zumindest stark relativiert wird. Auf linguistische Forschung übertragen bedeutet das, die alltagsweltlichen Verfahren oder „Methoden“ etwa des Verstehens und ‚Analysierens‘ von Äußerungen auch der wissenschaftlichen Analyse zugrunde zu legen. In diesem Sinne wären die Mitglieder einer Sprachgemeinschaft auch ‚Linguisten‘, da sie nach bestimmten ‚Methoden‘ Äußerungen analysieren, ihnen Sinn zuordnen, sie auf einen Kontext beziehen usw. Der wissenschaftlich arbeitende Linguist tut danach also nichts wesentlich anderes als der alltagsweltliche Interaktant. Deshalb muss sich die wissenschaftliche Forschung „an die dem Forschungsprozess vorgängigen Regeln der alltagsweltlichen Kommunikation anpassen“ (Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen 1973, S. 434). Bestimmte Methoden, die in der Konversationsanalyse – im Rahmen einer qualitativen Sozialforschung – entwickelt worden sind, wie die ‚teilnehmende Beobachtung‘ oder das ‚narrative Interview‘, könnte man demnach als Weiterentwicklungen und Ausdifferenzierungen alltagsweltlicher Methoden verstehen<sup>7</sup>.

Um das Ziel zu erreichen – oder ihm zumindest näher zu kommen - , die Alltagsmethodologie der Patienten und der Ärzte bei der sprachlichen Rekonstruktion von Anfällen und Anfallserscheinungen herauszuarbeiten, orientieren sich die Analysen an bestimmten Prinzipien, die oft formuliert worden sind (s.o. Anm. 5) und hier daher nur kurz zusammengefasst werden sollen:

---

Streeck 1983 oder aus jüngerer Zeit: Hutchby/Wooffitt 1998, ten Have 1999, Deppermann 1999, Gülich/Mondada 2000). Hier werden nur einige Aspekte konversationsanalytischen Arbeitens aufgeführt, die im vorliegenden Projektzusammenhang unmittelbar relevant sind.

<sup>6</sup> So heißt es z.B. auch bei Garfinkel/Sacks, dass „die natürliche Sprache den mit Soziologie beschäftigten Menschen – seien sie nun Laien oder Professionelle – als Sachverhalt, als Gegenstand und als Mittel ihrer Untersuchungen dient“ (1979, S. 130, vgl. auch S. 131).

<sup>7</sup> Für einen Überblick über diese Zusammenhänge vgl. Gülich (2000).

- Um tatsächlich die Relevanzsetzungen der Teilnehmer zu erfassen, ist es wesentlich, nicht vorgefasste Kategorien an das zu untersuchende Material heranzutragen. Die Analyse muss 'sich vom Material leiten lassen' und die relevanten Kategorien aus diesem heraus entwickeln. Im Falle des vorliegenden Projekts eröffnet diese Vorgehensweise die Chance, über die Relevanzsetzungen der Patienten (statt über die der Ärzte) zu einer "subjektiven Syndromatologie" zu gelangen.
- Jede Äußerung wird grundsätzlich als ein interaktives Produkt (im Sinne eines **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**'interactional achievement', vgl. Schegloff 1982) angesehen, insofern in jedem Fall - auch wenn nur einer der Gesprächsbeteiligten spricht - ihr Zustandekommen auch durch den jeweiligen Hörer mit getragen wird. Speziell bei der Analyse der Formulierungsarbeit wird die Interaktivität darin deutlich, dass z.B. bei Reformulierungen einerseits Selbst- und Fremdbezug und andererseits Selbst- und Fremd-Initiierung berücksichtigt werden.
- Die Analyse folgt dem zeitlich-linearen Entstehungsprozess des Gesprächsverlaufs Schritt für Schritt und arbeitet heraus, wie die einzelnen Gesprächsbeiträge aufeinander bezogen sind, welche konditionellen Relevanzen mit einem Gesprächszug etabliert und vom Gesprächspartner eingelöst oder nicht eingelöst werden.
- Die Interpretation der interaktiven Bedeutung von Gesprächsäußerungen folgt dabei der Perspektive der Teilnehmer: Leitend ist nicht die Frage, wie eine Äußerung von außen verstanden werden könnte, sondern wie die Teilnehmer selbst sie verstehen und behandeln, welche Bedeutung sie ihr durch ihre nachfolgenden Gesprächsaktivitäten zuschreiben.
- Grundlegend ist dabei die Prämisse, dass soziale Realität nicht unabhängig von den Gesprächsteilnehmern und ihrem Handeln existiert, sondern dass die Interaktanten Realität erst durch ihr Handeln hervorbringen ("accomplishment", "achievement"). Die Teilnehmer stellen sich selbst als bestimmte Personen dar, die miteinander in bestimmten Rollen handeln; sie stellen die Faktizität von Ereignissen her, indem sie sie sprachlich rekonstruieren. Die Analyse folgt dem Herstellungsprozess der Teilnehmer, um deren Wirklichkeit und die für sie relevanten Faktoren zu erfassen.
- Die Gesprächspartner zeigen sich wechselseitig auf, wie sie die Situation sehen und welche Fakten sie für relevant halten, damit der Partner überhaupt in der Lage ist, den Interaktionsprozess mitzutragen. Sie geben mit anderen Worten in ihrem Handeln beständig Darstellungen ("accounts") der gültigen Realität für ihre Gesprächspartner, d.h. sie verwenden beispielsweise "bestimmte Darstellungsverfahren, um vertraute Alltagshandlungen *als* vertraute Alltagshandlungen erkennbar zu machen" (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**Weingarten/Sack 1979, S. 18)<sup>8</sup>. Paradox wirken diese Verfahren, wenn es sich - wie bei Epilepsie-Patienten - um ungewöhnliche, seltsame und schwer nachvollziehbare Empfindungen handelt.

---

<sup>8</sup>Der in der ethnomethodologischen Literatur häufig verwendete Begriff 'account' (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**Garfinkel 1967, S. VII) ist im Grunde relativ unklar, und es ist schwierig, ihn ins Deutsche zu übersetzen. Wir schließen uns hier den Überlegungen und Erläuterungen von Weingarten/Sack (1979, S. 17-19) an, von denen wir auch den deutschen Terminus 'Darstellung' übernehmen.

Die Querverbindungen solcher Methoden zur sogenannten psychodynamischen Wahrnehmungseinstellung werden eher selten beachtet, obwohl manche Verwandtschaftsbeziehungen unübersehbar sind:

So hat auf das, was linguistisch und soziologisch Sequenzialität genannt wird, also den eigenen semantischen Status, der Abfolgen und Nachbarschaftsbeziehungen innerhalb von Mitteilungen zukommt, bereits der Freud der „Traumdeutung“ aufmerksam gemacht mit seiner Empfehlung, Mitteilungen wie einen „Rebus“ zu lesen und „gegen das Ganze und die Einzelheiten desselben keine solchen Einsprüche“ zu erheben, um durch Annahme eines Sinns des Ganzen „Worte, die sich so zusammenfinden“, „nicht mehr sinnlos“ zu finden, die vielmehr stattdessen „den schönsten und sinnreichsten Dichterspruch ergeben“ könnten (S. Freud, Gesammelte Werke, Bd. II/III, S. 284).

Auch für Interaktivität, also die Erkenntnis, dass Sinn weder vom Einzelnen ersonnen noch dann sprachlich monologisch Anderen einfach zur Kenntnis gebracht wird, sondern vielmehr von wesentlich *miteinander* denkenden Wesen hergestellt wird, ist in der Psychoanalyse spätestens mit ihrer Wende zur „2-Personen-Psychologie“ durch Balint im Sinne der Erkenntnis und Anerkennung „der Wechselseitigkeit als Grundlage der Objektbildung“ (Thomä 39) sowohl im lebensgeschichtlichen Struktur-Aufbau als auch bei ihrer Bearbeitung in therapeutischen Beziehungen eine korrespondierende Konzeptentwicklung festzustellen.

Mit dem skizzierten methodologischen Konzept an die Beschreibung subjektiver Wahrnehmungen und Empfindungen in Arzt-Patient-Gesprächen heranzugehen, bedeutet zunächst einmal, den Patienten als Experten für diese Wahrnehmungen und Empfindungen ernst zu nehmen, und zwar nicht nur deshalb, weil er über ein spezifisches Wissen verfügt, ein ‚partikulares Erlebniswissen‘ (vgl. Rehbein/Löning 1995), das dem Arzt sonst nicht zugänglich ist, sondern vor allem deshalb, weil in seinen Beschreibungen ein Schlüssel zum Verständnis der Krankheit liegen kann: Sie zeigen, wie der Patient die Krankheit sieht und verarbeitet, welche Zusammenhänge er selbst herstellt, m.a.W.: welche ‚Theorie‘ er sich selbst über sie bildet.

Im Übrigen lässt sich die Analyse von Arzt-Patient-Gesprächen in der ethnomethodologischen Konversationsanalyse in einen relativ aktuellen Forschungszusammenhang einordnen: Während diese sich in ihren Anfängen vorwiegend auf das Alltagsgespräch („conversation“) bezog (im Unterschied zu anderen Richtungen der Gesprächsforschung wie z.B. der Diskursanalyse im Rahmen der funktionalen Pragmatik), lässt sich nun eine verstärkte Hinwendung zu Gesprächen in professionellen oder institutionellen Settings („talk at work“) beobachten<sup>9</sup>. Die Arbeit an solchen Materialien stellt neue methodologische Anforderungen an die Konversationsanalyse, zum einen weil sich hier auch vergleichende und quantitative Auswertungen als notwendig erweisen, zum anderen weil die Untersuchungsergebnisse auf externe, institutionsspezifische Ziele zu beziehen sind<sup>10</sup>.

Dabei bietet insbesondere die Hinwendung zu Patient-Arzt-Gesprächen über Anfälle einige methodische Besonderheiten und auch Vorzüge:

<sup>9</sup> Vgl. zu dieser Entwicklung Heritage (1995, Abschn. 5); einen Überblick über die ethnomethodologische Forschung speziell zu medizinischer Kommunikation gibt ten Have (1995); Beispiele bieten u.a. die Sammelbände von Drew/Heritage (1992) und Sarangi/Roberts (1999).

<sup>10</sup> Zum Problem der Quantifizierung in der Konversationsanalyse vgl. Heritage (1995, S. 405) und ausführlicher: Schegloff (1993). Die Frage der Auswertung in einem institutionellen Rahmen diskutieren z.B. A-pothéloz/Grossen (1995) am Beispiel psychotherapeutischer Gespräche.

Die den in Rede stehenden (Anfalls-)Ereignissen zugrunde liegenden Erkrankungen sind nosologisch gut definiert, teilweise sogar auf der Ebene ihrer patho-physiologischen kortikalen Substrate beschreibbar und hinsichtlich der objektivierbaren Seiten ihrer Phänomenologie durch Video-(EEG-)Studien wohl bekannt. Der Ereignischarakter des die Erkrankungen beherrschenden zentralen Symptoms Anfall<sup>11</sup> bedeutet für die sich ergebenden sprachlichen Bearbeitungen eine gleichbleibende Grundaufgabe, nämlich die der Beschreibung von Phasen verminderter Selbstverfügbarkeit, bei denen ein Beginn, ein Verlauf, vielleicht ein Kern und schließlich auch eine Erholungsphase angenommen werden können.

Dass sich die Symptomatik dadurch auszeichnet, sich innerhalb sehr kurzer Zeitabschnitte dramatisch auszubilden und dann wieder zu verlieren, lässt auch einen ihrer sprachlichen Rekonstruktion erwachsenden besonderen Verdichtungsdruck erwarten, aus dessen Spuren im Material oder aber auch aus dessen Fehlen Rückschlüsse auf die beschriebenen Ereignisse selbst ableitbar scheinen.

Aus dem Spektrum der Konversationsanalyse sind für den vorliegenden Zusammenhang Überlegungen zum einen zur konversationellen Formulierungsarbeit, zum anderen zur Analyse mündlicher Erzählungen relevant.

Der Grundgedanke für die Beschreibung von Formulierungsverfahren lässt sich folgendermaßen resümieren<sup>12</sup>: Das Formulieren in Gesprächen wird als konversationelle „Arbeit“ verstanden, die Spuren im Produkt - dem Text - hinterlässt. Wenn die Formulierungsarbeit auf Widerstand stößt, lassen sich diese Spuren leichter und deutlicher erkennen, als wenn der Formulierungsprozess problemlos verläuft. Insofern eignen sich Fälle von Kommunikation unter erschwerten Bedingungen – wie z.B. die Lösung einer schwierigen Formulierungsaufgabe – besonders gut, um grundlegende Verfahren herauszuarbeiten. Solche grundlegenden Verfahren sind z.B. die des ‚Bearbeitens‘ von Äußerungen, z.B. in Form von Reformulierungen, oder Verfahren der Redebewertung und –kommentierung.

Die Analyse mündlicher Erzählungen im Rahmen der Konversationsanalyse geht auf die Arbeiten von Harvey Sacks zurück<sup>13</sup> und wurde in der deutschen Linguistik vor allem durch die Untersuchungen von Quasthoff (seit 1980) und Hausendorf/Quasthoff (bes. 1996) weiterentwickelt<sup>14</sup>. Im Unterschied zu anderen Ansätzen der Erzählanalyse richtet sich im Rahmen des konversationsanalytischen Paradigmas die Aufmerksamkeit nicht nur auf die Erzählung selbst, sondern auf ihre sequenzielle Einbettung im Gespräch<sup>15</sup>. Ebenso sind nicht nur die Aktivitäten des Erzählers Gegenstand der Analyse, sondern auch die Aktivitäten des Zuhörers: Erzählen wird immer als eine interaktive Leistung der Gesprächs-

<sup>11</sup> Auf dessen Ambiguität, sowohl als Ereignis als auch als Handlung aufgefasst werden zu können, soll hier nicht eingegangen werden.

<sup>12</sup> Der Darstellung und den späteren Analysen liegen Arbeiten von Gülich/Kotschi (zuletzt: 1996) zugrunde. Sie weisen Gemeinsamkeiten mit den Untersuchungen zur *Gesprächsrhetorik* (Kallmeyer 1996) auf, sind aber grundlegenderer Natur, d.h. Reformulierungen oder Kommentierungen können zur Konstitution bestimmter ‚rhetorischer‘ Verfahren wie z.B. ‚Forcieren‘ (Kallmeyer/Schmitt 1996) oder ‚Perspektivenabschottung‘ (Keim 1996) beitragen.

<sup>13</sup> Vgl. z.B. Sacks (1971, 1972, 1986, 1992, bes. Vol. II, Part I,2; III, 2; IV, 2-6; VII, 9-12).

<sup>14</sup> Vgl. dazu die Forschungsberichte von Quasthoff (1999) und Gülich/Hausendorf (2000); eine gute Darstellung des konversationsanalytischen Ansatzes gibt auch Bonu (1998). Mit dem Modell arbeitet auch Hausendorf (2000) bei der Analyse von Selbst- und Fremdbildern.

<sup>15</sup> Sacks beschreibt ausführlich die ‚Geschichteneinleitungen‘ (‚story prefaces‘, vgl. z.B. Sacks 1992, Vol. II, Part I, 2 und 3), durch die sich der (spätere) Erzähler das Rederecht für einen längeren Beitrag sichert – und damit die üblichen Sprecherwechsel-Regeln vorübergehend suspendiert.

partner gesehen. Die Entwicklung des Modells der Erzählanalyse bei Hausendorf/Quasthoff, die sich an diesen Leitgedanken orientieren, wurde – sicher nicht zufällig – durch die Arbeit an Gesprächen zwischen Partnern mit ungleicher Kompetenz, nämlich Kindern und Erwachsenen, besonders stimuliert: Die narrativen Teilaufgaben („Jobs“) können grundsätzlich interaktiv bearbeitet werden. Auch wenn es sich eigentlich um Aufgaben des (kindlichen) Erzählers handelt, können sie in der Erwachsenen-Kind-Interaktion vom (erwachsenen) Zuhörer als dem kompetenteren Partner übernommen werden, wenn das Kind sie (noch) nicht ausführen kann oder will (vgl. Hausendorf/Quasthoff 1996, Kap. 7)<sup>16</sup>. Diese Konzeption ist im vorliegenden Zusammenhang vor allem deshalb interessant, weil auch die Rekonstruktion von – höchst subjektiven – Anfallserlebnissen nicht selten interaktiv erfolgt bzw. erfolgen muss, weil manche Patienten dazu neigen, die von ihnen zu bearbeitenden „Jobs“ dem Arzt zu überlassen.

Bei der Analyse von Krankheitserzählungen ist ein weiterer Aspekt zu bedenken, der in der linguistischen Erzählanalyse bislang wenig berücksichtigt worden ist, der aber in der soziologischen und psychologischen Analyse mündlicher Erzählungen (z.B. Schütze 1976, 1987) eine wichtige Rolle spielt: die Bedeutung des Erzählens für den Erzähler selbst als eine Form der Verarbeitung und der Interpretation auch belastender Erlebnisse und Erfahrungen. Das Erzählen gibt nicht nur dem Zuhörer Informationen, sondern vermittelt auch dem Erzähler selbst Erkenntnisse. Wie vor allem aus Schützes Biographieanalysen deutlich wird (vgl. z.B. Schütze 1994), tragen gerade Erzählungen in hohem Maße zur Konstitution sozialer Identität, also auch zur Konstruktion des Selbstbilds, bei und haben daher als Forschungsgegenstand in vielen psychotherapeutischen Richtungen zunehmend an Bedeutung gewonnen<sup>17</sup>. In diesem Kontext wird vor allem die schöpferische Eigendynamik des Erzählprozesses hervorgehoben, aus der sich die „autoepistemische Funktion des Erzählens“ herleiten lässt - „die Tatsache, dass der Erzähler im Prozess des Erzählens Neues über sich selbst erfährt“ (Lucius-Hoene 1998, S. 16/17)<sup>18</sup>.

Diese „spezifische Erkenntnisfunktion des Erzählens“, die neuerdings auch aus medizinischer Sicht betont wird (vgl. Koerfer/Köhle/Oblers 2000, S. 89), dürfte mit jener Besonderheit narrativer Interaktionen zusammenhängen, die Kallmeyer/Schütze (1977, S. 162, S. 188 ff.) als „Zugzwänge“ beschrieben haben:

Der ‚Relevanzfestlegungs- und Kondensierungszwang‘ manifestiert sich darin, dass der Erzähler sich veranlasst sieht, nur das zu erzählen, was als ‚Ereignisknoten‘ innerhalb der zu erzählenden Geschichte relevant ist; dementsprechend bewertet und gewichtet er alle Einzelereignisse und Situationen unter dem Aspekt ihrer Gesamtaussage;

<sup>16</sup> Ähnliche Beobachtungen lassen sich in Erzählinteraktionen zwischen Muttersprachlern und Nicht-Muttersprachlern machen (vgl. Gülich 1994).

<sup>17</sup> Ein aktuelles Beispiel für diese wachsende Aufmerksamkeit stellt das letzte Themenheft der Zeitschrift „Psychotherapie und Sozialwissenschaft“ (2. 2000) dar, in dem „die stärkere diagnostische und therapeutische Nutzung der spezifischen Funktionen, die Erzählungen auch in Alltagssituationen sowohl für die zwischenmenschliche Verständigung als auch für die Selbstverständigung wahrnehmen“, in den Mittelpunkt gestellt wird (Koerfer/Martens-Schmid 2000, S. 83). Anknüpfungspunkte für unsere Untersuchungen von Gesprächen mit Anfallskranken bieten darüber hinaus vor allem die Arbeiten von Boothe (vgl. bes. 1994), die auf linguistischen Untersuchungen aufbauend ein eigenes Modell für die Analyse und Interpretation von Erzählungen in der Psychotherapie entwickelt (ein Anwendungsbeispiel gibt auch v. Wyl 2000 mit der Analyse von Erzählungen magersüchtiger und bulimischer Patientinnen).

<sup>18</sup> Vgl. hierzu insbesondere auch Lucius-Hoene (1997), Lucius-Hoene/Deppermann (im Druck).



der ‚*Detaillierungszwang*‘ besagt, dass der Erzähler die Aufgabe zu lösen hat, so weit – aber auch *nur* so weit – ins Einzelne zu gehen, wie es für die Gesamtaussage und den übergeordneten Handlungszusammenhang erforderlich ist; der *Gestaltschließungszwang* besteht in der Lösung der Aufgabe, die in der Erzählung darstellungsmäßig begonnenen Strukturen auch zum Abschluss zu bringen.

Die genannten ‚Zwänge‘ können sich so auswirken, dass ein Gesprächsteilnehmer, wenn er ins Erzählen gerät, mehr erzählt oder detailliertere Darstellungen gibt, als er vielleicht beabsichtigt, oder dass er deutlicher kundtut, was ihm wichtig ist, als ihm eigentlich bewusst ist. Diese Konsequenzen der Erzählaktivität können in der Analyse narrativer Anfallsdarstellungen genutzt werden.

## 2. Corpuserstellung und erste Beobachtungen

Um den skizzierten Beobachtungen und Fragen systematisch nachgehen zu können, musste zunächst ein Corpus von Gesprächen mit anfallskranken PatientInnen zusammengestellt bzw. erhoben werden. Dazu konnten teilweise Video-Aufnahmen genutzt werden, die im Epilepsie-Zentrum Bethel bereits vorhanden waren. Der größte Teil des Corpus besteht jedoch aus Tonaufnahmen von Gesprächen, die im Zusammenhang mit dem Projekt aufgezeichnet wurden. Es handelt sich dabei allerdings nicht um Interviews oder Gespräche, die ausschließlich für das Projekt geführt worden wären, sondern um die „normalen“ Gespräche mit ambulanten oder stationären Patientinnen und Patienten, die zur Anamnese oder im Verlauf der Behandlung geführt, aber üblicherweise nicht unbedingt aufgezeichnet werden. Für die Gespräche wurden zunächst Verlaufsprotokolle angefertigt; dann wurde der größte Teil von ihnen transkribiert; bei sehr langen Gesprächen wurden Ausschnitte zur Transkription ausgewählt. Das Corpus besteht zur Zeit (November 2000) aus 100 Aufnahmen unterschiedlicher Dauer (von ca. 10 bis ca. 60 Minuten), zu denen für 67 Gespräche oder Gesprächsausschnitte Transkriptionen vorliegen (das sind ca. 1080 Seiten Transkription)<sup>19</sup>. Die Phase der Corpuserstellung ist damit vorerst im Wesentlichen abgeschlossen.

Neben der Corpuserstellung sind in der ersten Phase der Projektarbeit vor allem Einzelfallanalysen durchgeführt worden (Beispiel: Frau Reifen, beschrieben in Wolf/Schöndienst/Gülich 2000) mit dem Ziel, ausgehend von den Relevanzsetzungen der Patienten die von ihnen eingesetzten sprachlichen Verfahren zu ermitteln und damit auch Vergleichskriterien zu entwickeln (erste Überlegungen dazu wurden in Gülich/Schöndienst 1999 dargestellt). Dabei stellten sich insbesondere die folgenden Verfahren als auffällig und weiter untersuchungswürdig heraus:

### *Reformulierungsverfahren*

Als wichtig erwiesen sich vor allem Selbst-Reformulierungen von PatientInnen, unterschieden nach Selbst- und Fremd-Initiierung, sowie Variationsreichtum oder -armut beim Vergleich zwischen Bezugsausdruck und Reformulierungsausdruck (also die Unterscheidung zwischen Paraphrasierungen und Rephrasierungen, vgl. Gülich/Kotschi 1996, Abschn. 3.4).

---

<sup>19</sup> Die Transkriptionskonventionen, die in verschiedenen Bielefelder Forschungsprojekten praktiziert und weiterentwickelt wurden, finden sich auf S. 28. Transkribiert wurde mit Syncwriter. TranskribentInnen sind oder waren vor allem: Ingrid Furchner, Meike Schwabe, Nicolas Tsapos, Melanie Werner.

### *Redebewertung und -kommentierung*

Diese Verfahren treten häufig im Kontext von Reformulierungen auf; Formulierungsschwierigkeiten werden mit Hilfe metadiskursiver Kommentare ausdrücklich als solche definiert ("wie soll ich das beschreiben"). Auch 'Vagheitsindikatoren' (z.B. "irgendwie", "oder so") deuten auf den vorläufigen Charakter bestimmter Formulierungen hin. Durch solche Mittel wird die Formulierungstätigkeit ,inszeniert'.

### *Fokussierung*

Der Terminus bezeichnet **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**die gemeinsame Aufmerksamkeitsausrichtung im Gespräch, die u.U. zwischen den Teilnehmern ausgehandelt werden muss (vgl. Kallmeyer 1978). In den Gesprächen mit Anfallskranken zeigt sich, dass der vom Arzt - z.B. durch eine Frage - etablierte Fokus vom Patienten oft nicht übernommen wird, so dass es zu Fokusdivergenzen kommt. Diese können insbesondere dann auftreten, wenn die Aufmerksamkeit auf einzelne Anfälle (z.B. auf den ersten, den letzten oder den schlimmsten) gerichtet werden soll. Manche Patienten antworten dann in verallgemeinernder Form, indem sie typische Anfallserscheinungen schildern (wir sprechen in solchen Fällen von 'Fokussierungsresistenz').

### *Bildlichkeit*

Metaphern oder Vergleiche (z.B. "das is wie son tiefes loch", "als wenn man in ne steckdose fasst") werden oft gerade dann von PatientInnen verwendet, wenn das Anfallsgeschehen als schwer vermittelbar dargestellt wird. Wichtiger als einzelne Metaphern scheinen Metaphernsysteme (**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**Lakoff/Johnson 1980/1998) zu sein; eines der gängigen Metaphernsysteme in Expertenerklärungen zu Epilepsie ist z.B. 'Epilepsie ist Gewitter im Gehirn'.

### *Vorgeformte Ausdrücke*

Vor dem Hintergrund neuerer Arbeiten, in denen - im Unterschied zum größten Teil der früheren Phraseologie-Forschung - ein relativ weites Konzept von 'Vorgeformtheit' vertreten wird (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**z.B. Stein 1995, **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**Gülich/Krafft 1998), fällt in einigen Gesprächen auf, dass Patienten auf die Frage nach ihren Auren bzw. Anfällen mit vorgeformten oder formelhaften Ausdrücken antworten, z.B. mit Redensarten (wie "das beste draus machen") oder anderen "fertigen" Formulierungen oder Versatzstücken (wie "den anfall durchkommen lassen"). Diese Art, die Formulierungsaufgabe zu lösen, scheint in krassem Gegensatz zu der intensiven Formulierungsarbeit zu stehen, die sich in Reformulierungen und metadiskursiven Kommentaren äußert.

### *Narrative Sequenzen*

Die Aufgabe, vergangene Anfälle oder Auren verbal zu rekonstruieren, können PatientInnen u.a. mit Hilfe der "Methode" des Erzählens lösen. Unterschiede zeigen sich darin, ob überhaupt - und ggf. in welchen Phasen des Gesprächs - sie sich dieser Methode bedienen, wie sie schrittweise eine Erzählstruktur aufbauen und welche Rolle die Aktivitäten des Gesprächspartners (Nachfragen, Bewertungen, Formulierungshilfen) dabei spielen.

### *Globale Gesprächsstrukturen*

In Ergänzung zur Analyse lokaler Formulierungsverfahren sind längere Gesprächsphasen und vollständige Gespräche zu untersuchen, um die einzelnen Verfahren in ihren Bezügen

zueinander, zu anderen sprachlichen Verfahren und Interaktionsphänomenen und in ihren Beziehungen nicht nur zum unmittelbaren, sondern auch zum weiteren Kontext zu betrachten. In dem Zusammenhang spielen auch Aspekte der Themenentwicklung<sup>20</sup> und der Gesprächsorganisation eine Rolle.

### 3. Systematisierungsversuche

#### 3.1 Die Aufgabenstruktur von Anfallsdarstellungen

Auf der Grundlage solcher Beobachtungen haben wir in einer zweiten Phase versucht, sowohl die Datenerhebung als auch die Datenanalyse stärker zu systematisieren, um eine bessere Vergleichbarkeit der Einzelfälle zu erreichen. Einen ersten konzeptuellen Ansatz dafür bildete der Versuch, das von Hausendorf/Quasthoff (1996) entwickelte Modell zur Analyse von Erzählungen hinsichtlich der von uns ‚Anfallsbeschreibungen‘ genannten Sequenzen zu nutzen, d.h. die sprachliche Rekonstruktion von Anfällen als eine kommunikative Aufgabe zu konzipieren, und zwar als eine Aufgabe neben anderen, die im Arzt-Patient-Gespräch ebenfalls vorkommen (wie z.B. die Rekapitulation des Behandlungsverlaufs oder die Darstellung der Wirkung von Medikamenten). Wenn diese Aufgabe auch als eine im Wesentlichen vom Patienten zu lösende erscheint, so wird sie in der Regel doch interaktiv bearbeitet, beginnend mit der häufigen Initiierung durch den Arzt, aber auch durch von ihm vorgenommene Ergänzungen, Präzisierungsanforderungen etc. Umgekehrt bearbeiten aber auch manche Patienten diese Aufgabe ausgesprochen selbstinitiiert.

Die Bearbeitung der Gesamtaufgabe erfolgt in mehreren Schritten durch die Bearbeitung einzelner Teilaufgaben, die mit Hausendorf/Quasthoff (1996) als *Jobs* bezeichnet werden. Für die Bearbeitung der *Jobs* gibt es eine typische, aber keine feste Reihenfolge; *Jobs* können auch mehrfach bearbeitet werden. Unsere Transkriptanalysen im Projekt sind von den im Gespräch verwendeten sprachlichen *Formen* ausgegangen, mit denen bestimmte *Mittel* realisiert werden, m.a.W. die *Formen* und *Mittel* lassen auf die mit ihrer Hilfe bearbeiteten *Jobs* schließen. Die folgende Tabelle gibt die so konzipierte Aufgabenstruktur von Anfallsdarstellungen wieder:

---

<sup>20</sup> Anregungen dazu verdanken wir vor allem den Arbeiten von und den face-to-face-Interaktionen mit Lorenza Mondada (vgl. bes. Mondada 1995, im Druck).

<b>Jobs</b>	<b>Typische Mittel</b>	<b>Beispiele für Formen</b>
<p><b>Herausstellung der Bedeutung spontaner subjektiver Anfallsrekonstruktionen durch den Patienten</b> Die Beschreibung der Anfälle durch den Patienten wird von den Beteiligten - auf Initiative des Arztes oder durch den Patienten selbst - relevant gesetzt und dadurch als abgrenzbare Sequenz im Gesprächs-zusammenhang identifizierbar.</p>	<p>Themeninitiierungs- und Fokussierungsverfahren</p> <p>globale Bewertung der Beschwerden</p> <p>Evaluation/Inszenierung der Formulierungsaufgabe</p>	<p>Aufforderungen, Fragen des Arztes</p> <p>bewertende Ausdrücke</p> <p>metadiskursive Kommentare zur schweren Beschreibbarkeit, Reformulierungen</p>
<p><b>Rekapitulieren und Elaborieren subjektiv erlebter einzelner Anfallserscheinungen</b> Die einzelnen für die Anfälle oder Auren typischen Empfindungen werden vom Patienten - im allg. in der Reihenfolge ihres Auftretens - dargestellt; durch Nachfragen, gelegentlich auch durch Formulierungshilfen kann der Arzt zur Bearbeitung dieses Jobs beitragen.</p>	<p>Benennen von Sinnesempfindungen</p> <p>Typologisierung von Anfällen</p> <p>Schilderung von Anfallsituationen</p> <p>Anfallschronologie</p>	<p>Verben/Substantive der Sinneswahrnehmung</p> <p>deskriptive Sequenzen Verallgemeinerungen</p> <p>narrative Sequenzen episodisch/ iterativ</p>
<p><b>Darstellung einer Phase verminderter Selbstverfügbarkeit</b> Der dem Bewusstsein nicht zugängliche Teil des Anfalls wird als Lücke, als etwas Fehlendes markiert.</p>	<p>Modalisierungen</p> <p>Evokation von Zeugenschaft Markierung der Lücke</p>	<p>Modalverben, Modalpartikeln</p> <p>Redewiedergabe Metaphern, Vergleiche</p>
<p><b>Markieren der Relevanz für das Alltagsleben</b> Es werden Verbindungen zwischen der Krankheit und dem Alltagsleben hergestellt</p>	<p>Mittel zur Darstellung emotionaler Beteiligung Relevanzhochstufung, -rückstufung</p>	<p>Wiederholungen</p> <p>Kommentierungen, Bewertungen</p>

Als wichtig für die Weiterarbeit im Projekt erwies sich vor allem die Konzeption der *Jobs*. Die in der Tabelle angeführten *Mittel* und *Formen* sind hier lediglich als Beispiele angeführt und den *Jobs* zugeordnet worden. Für uns stellte sich nun die Frage, wo Unterschiede zwischen den einzelnen Patienten liegen könnten. Zu erwarten wäre sicher nicht, sie in den *Jobs* selbst zu finden, wohl aber in der Bereitwilligkeit oder Resistenz, bestimmte *Jobs* auszuführen. Vor allem aber wären Unterschiede in den Mitteln oder auch in den Formen zu vermuten. Dazu müsste allerdings die Systematik der Zuordnung von *Jobs*, *Mittel* und *Formen* wesentlich genauer und differenzierter ausgearbeitet werden (etwa analog zu Hausendorf 2000). Wir haben aber diesen Weg nicht weiter verfolgt, sondern die Überlegungen zur Aufgabenstruktur vor allem zur Entwicklung eines Gesprächsleitfadens genutzt, um eine bessere Vergleichbarkeit der Anfallsdarstellungen zu erreichen.

### 3.2 Konzeption eines Gesprächsleitfadens

Zu Beginn der Projektarbeit wurden die Gespräche zwischen ÄrztInnen oder TherapeutInnen und PatientInnen so aufgenommen, wie sie in der medizinischen Praxis „natürlich“ entstanden. So waren sie recht unterschiedlich z.B. im Hinblick darauf, wann und wie im Gesprächsverlauf das Anfallsgeschehen thematisiert wurde, welche Möglichkeiten die Pa-

tientInnen überhaupt hatten, um bestimmte Aspekte in eigener Initiative anzusprechen etc. Im Zuge der Auffindung einiger von Anfallspatienten verwendeten Diskursmuster wurde es uns wichtig, Bedingungen zu schaffen, die es zu untersuchen erlauben, ob einzelne konversationelle Muster spezifisch für bestimmte Erkrankungen bzw. deren Copings wären.

Durch eine zu Gesprächsbeginn stets gleiche Zurückhaltung des Interviewers und eine weitgehend identisch gestaltete offene Redeaufforderung im Sinne eines Ansprechens der vom Patienten mitgebrachten Erwartungen an das Gespräch („Erwartungsfrage“) entstehen im Sinne gewissermaßen experimentell konstant gehaltener Ausgangs-Gegebenheiten erst die Voraussetzungen, um die sehr unterschiedlichen Nutzungen dieses Initialraums seitens der verschiedenen Patienten zu vergleichen und in einem nächsten Schritt daraufhin untersuchen zu können, ob sich Ähnlichkeiten und Unterschiede nicht nur interindividuell, sondern auch syndrombezogen feststellen lassen („maximale Kontrastierung“).

Dem Leitfaden liegen die Beobachtungen über Unterschiede zwischen den PatientInnen in Gesprächsverhalten, Darstellungs- und Formulierungsmustern und Hypothesen darüber, was eventuell wichtig (d.h. differentialdiagnostisch relevant) sein könnte, zugrunde. Der Gesprächsverlauf soll auf jeden Fall sichtbar werden lassen,

- welche Anliegen die PatientInnen selbst im Gespräch angeben und verfolgen;
- ob, wann und in welcher Weise sie auf ihre Anfälle zu sprechen kommen, welche Aspekte sie daraus thematisieren und welche Akzente sie setzen;
- welche Darstellungs- und Formulierungsmittel sie wählen, um das Anfallsgeschehen zu beschreiben (deskriptiv, narrativ);
- wieweit sie selbst ihre Darstellungen als bearbeitungsbedürftig behandeln (selbstinitiierte Bearbeitungen);
- ob und wie sie das Anfallsgeschehen bewerten.

Wichtig ist, dass trotz dieser Vorgaben das Gespräch weiterhin ein "normales" Anamnese-Gespräch als Bestandteil des Klinikalltags bleibt (und nicht als Interview ausschließlich zu Forschungszwecken geführt wird). Die Vorgaben zur Gesprächsführung müssen also so beschaffen sein, dass sie unseren Erkenntnisinteressen entgegenkommen, ohne die medizinischen Interessen außer Kraft zu setzen, zu behindern oder zu missachten. Das bedeutet insbesondere, dass die Inhalte des Gesprächs die sind, welche in den Arzt-Patient-Gesprächen in diesem Kontext ohnehin vorkommen sollen (oder können), weil sie für die Anamnese und Diagnose wichtig sind. Auch hinsichtlich konkreter Mittel der Gesprächsstrukturierung und Formen von Interventionen haben wir so weit wie möglich auf Äußerungen des ärztlichen Gesprächsteilnehmers zurückgegriffen, die in den „ungesteuerten“ Gesprächen auffindbar waren, um die natürlich-professionelle Kompetenz so weit wie möglich zu nutzen. So wurden beispielsweise konkrete Formulierungen von Aufforderungen, Rückmeldungen und dergleichen, die sich in früheren Gesprächen mehrfach als fruchtbar und effektiv erwiesen haben, in die Leitfaden-Richtlinien einbezogen.

Es versteht sich, dass es weder möglich noch wünschenswert wäre, „starre“ Gesprächsvorgaben zu machen. In jedem Fall ist sicherzustellen, dass das Gespräch „natürlich wachsen“ und sich entwickeln kann; so geben auch Formulierungsvorschläge eher ein Prinzip und eine Richtung vor als eine in jedem Fall einzuhaltende Form.

Der Leitfaden sieht im Gesprächsverlauf folgende thematische Phasen vor:

1. Offene Phase
2. Anfallsbeschreibung
3. Fokussierung einzelner Anfallsereignisse
4. Erfragen bestimmter Anfallsaspekte: Vorgefühle, Bewusstseinslücke
5. Ärztlich-epileptologische Exploration

Diese Phasen müssen nicht notwendig in der hier vorgestellten Reihenfolge abgearbeitet werden. Die Auflistung gibt die Themen vor, die im Verlauf des Gesprächs in jedem Fall vorkommen sollen; die Reihenfolge ist idealtypisch und gibt eine Leitlinie, an der der Arzt sich orientieren kann, sofern die entsprechenden Themen und Aspekte nicht bereits durch spontane Thematisierung seitens der PatientInnen aufgekommen sind.

Erläuterungen:

### 1. Offene Phase

Anders als bei üblichen ärztlichen Gesprächsführungen erfordert es unsere primär die Selbstwahrnehmung der PatientInnen fokussierende Untersuchungshaltung, den PatientInnen zumindest phasenweise die Führung des Gesprächs zu überlassen und sie dabei möglichst wenig durch thematisch lenkende Einwürfe oder Fragen in der Darstellung dessen, was ihnen wichtig ist, zu unterbrechen. Auf diese Weise können am ehesten die Relevanzsetzungen des Patienten, seine spontan bevorzugten Darstellungsmittel (episodisch-narrativ, verallgemeinernd, krankheits-biographisch entwickelnd, deskriptiv) und z.B. auch die Neigung zur Selbstinitiierung relativ unverzerrt durch die Erkenntnisinteressen bzw. die Krankheitsmodelle des Interviewers zu Tage treten.

Zur Einleitung empfiehlt sich eine möglichst offene Anregung der vom Patienten bevorzugten Mittel und Inhalte von Mitteilungen. Als geeignet erscheint hier, unter Bezugnahme auf die aktuelle Situation ungerichtet nach den Erwartungen an das Gespräch zu fragen, etwa mit Formulierungen folgender Art:

*„Sie haben ja jetzt eine weite Reise hinter sich ...*

*„Sie haben ja nun x Monate auf die Aufnahme warten müssen ...*

*„Nun sind Sie ja schon seit x Tagen hier ...*

*... was erwarten/erhoffen Sie sich denn von diesem Gespräch?“<sup>21</sup>*

Wenn Fragen dieser Art regelmäßig gestellt werden, kann aus den vielfältigen Unterschieden bei ihrer Beantwortung, etwa in der Geschwindigkeit, in der jemand schließlich auf seine Krankheit zu sprechen kommt, evtl. Patienten- und/oder vielleicht auch Syndrom-Spezifisches ermittelt werden.

Sobald in dieser Phase die PatientInnen aufhören, sich mitzuteilen, stellt sich die Frage nach dem Umgang mit solchen Pausen. In jedem Fall muss vermieden werden, die Stille allzu schnell als Zeichen dafür zu werten, dass die PatientInnen nichts mehr zu sagen haben; es wäre ebenso denkbar, dass sie unsicher sind, ob sie noch „dran“ sind. Auf jeden Fall soll ihnen zunächst wenigstens die Möglichkeit gegeben werden, das Rederecht weiterhin in Anspruch zu nehmen.

Eine Möglichkeit dazu ist, auf die Pause oder das Schweigen lediglich mit einem Rezeptionssignal zu reagieren – also in minimaler Form die jeweilige ZuhörerInnen- bzw. SprecherInnen-Rolle zu bestätigen.

---

<sup>21</sup> Die Formulierungen entstammen den früheren, ungesteuerten Gesprächen in diesem Kontext.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, einen Teil – den letzten, einen zentralen o.ä. – der vorausgegangenen Äußerungen der GesprächspartnerIn wieder aufzunehmen. Dies stellt natürlich einen stärkeren Eingriff dar als ein einfaches Rezeptionssignal. Es ist aber in vielen Gesprächen sichtbar, dass eine solche Intervention die GesprächspartnerInnen nicht notwendigerweise inhaltlich leitet, wenn sie daraufhin weitersprechen; vielmehr scheint sie in erster Linie als "continuer" zu funktionieren. Insofern sollte in solchen Interventionen der eigene Anteil möglichst gering gehalten werden; z.B. sollte eher rephrasiert als paraphrasiert werden, die Intonationskontur sollte nicht fragend sein, Unverständnis signalisieren o.ä., sondern möglichst wenig suggestiv sein. Welcher Teil der vorangegangenen Äußerungen aufgenommen werden sollte, lässt sich nicht ohne weiteres formal bestimmen. Hier sind Intuition und Fingerspitzengefühl gefragt.

Schließlich ist auch denkbar, die Stille als interpretationswürdig selbst zu thematisieren: „*Ich weiß jetzt nicht, möchten Sie noch etwas sagen und denken nur nach, oder haben Sie erstmal alles für Sie Wichtige gesagt?*“

Wenn die PatientInnen im Verlauf dieser Phase ihre Anfälle thematisieren und zu deren Beschreibung übergehen, schließt sich "natürlich" die zweite Gesprächsphase an. Bleibt dies innerhalb eines Zeitrahmens von etwa 10 Minuten aus, leitet der Arzt in die zweite Phase über, indem er seinerseits die Anfälle thematisiert.

Die Übernahme der Gesprächsstrukturierung durch den Arzt kann auch vor Ablauf dieser Zeitspanne notwendig werden, wenn das Gegenüber trotz mehrfacher entsprechender Angebote nicht dazu zu bewegen ist, im Gespräch die Initiative zu übernehmen.

## 2. Anfallsbeschreibung

In dieser Phase soll nach den Anfällen selbst gefragt werden – sofern der Patient oder die Patientin nicht von selbst spontan und ausführlich darüber spricht. Beim Fragen sollten grundsätzlich immer so wenig konkrete Vorgaben wie möglich gemacht werden, um den PatientInnen möglichst viel Freiheit zu lassen.

Die Thematisierung der Anfälle durch den Arzt kann sich nach dem Geschehen in der ersten Phase richten und beispielsweise lauten: "*Sie haben ja nun noch gar nicht über Ihre Anfälle gesprochen*" respektive "*Sie haben ja eben schon kurz Ihre Anfälle erwähnt*" o.ä.; je nach Situation, beispielsweise wenn das Gegenüber beständig neue andere Aspekte anspricht, muss ggf. auch unterbrochen werden: "*Können wir vielleicht, bevor wir darauf eingehen, doch noch mal auf die Anfälle zurückkommen?*"

Zuweilen genügt so eine minimale Thematisierung, um die GesprächspartnerInnen zur Übernahme des Turns und eigenen Ausführung zu animieren. Sofern dies nicht ausreicht, muss eine explizitere Aufforderung ausgesprochen werden; diese soll so offen formuliert sein und so wenig inhaltliche und/oder strukturelle Vorgaben machen, dass sie dem Patienten ermöglicht, über einen beliebigen Aspekt des Anfallsgeschehens (Anfallsgeschichte, ein spezielles Ereignis, Symptome, ...) zu sprechen und dabei deskriptiv, narrativ, generalisierend, rekapitulierend zu antworten. Eine mögliche Formulierung dazu ist: "*Was wissen Sie denn von Ihren Anfällen?*"

Erst wenn konkrete Anfallsbeschreibungen

n im engeren Sinne über längere Zeit ausbleiben, sollte eine Aufforderung ergehen, die eindeutigeren Vorgaben in eine gewünschte Richtung macht, etwa: "*Beschreiben Sie doch mal, wie so ein Anfall abläuft.*"

## 3. Fokussierung einzelner Anfallsereignisse

Um die Fokussierbarkeit oder vielleicht auch die Fokussierungsresistenz der PatientInnen zu klären, soll im Weiteren nach einzelnen Anfallsereignissen gefragt werden, insbesondere nach dem allerersten, dem letzten erinnerlichen und schließlich auch nach einem aus irgendwelchen Gründen besonders eindrücklichen oder schlimmen Anfallserlebnis. Gegebenenfalls kann auf Ereignisse zurückgekommen und nach diesen gefragt werden, die die PatientInnen im Verlauf des Gesprächs (möglicherweise nur en passant) angesprochen oder auf welche sie verwiesen haben.

Nach konkreten Ereignissen sollte in jedem Fall gefragt werden, auch dann, wenn die PatientInnen bereits früher im Gespräch solche Ereignisse selbstinitiiert geschildert oder erzählt haben. So lassen sich z.B. mögliche Unterschiede in der Erinnerbarkeit verschiedener konkreter Ereignisse feststellen. Fokussierungsresistenz wird als solche akzeptiert. Der ärztliche Gesprächspartner insistiert nicht.

#### 4. Erfragen bestimmter Anfallsaspekte: Vorgefühle, Bewusstseinslücke

In dieser Phase werden bestimmte Aspekte des Anfallsgeschehens und –erlebens gezielt nachgefragt; insbesondere soll hier nach eventuellen Vorgefühlen und nach erlebter Einschränkung der Selbstverfügbarkeit bzw. Bewusstseinslücken im Anfall gefragt werden. Die Gestaltung dieser Gesprächsphase ist abhängig von dem, was im Verlauf der vorhergehenden Gesprächsphasen in welcher Ausführlichkeit zur Sprache gekommen ist.

Im Hinblick auf Vorgefühle hat sich gezeigt, dass PatientInnen mitunter zwar auf direkte Befragung hin verneinen, im Kontext ihrer Anfälle irgendwelche subjektiven Wahrnehmungen zu haben, auf den Hinweis, jeder Patient bekomme im Rahmen seiner Anfälle mindestens ausnahmsweise irgendetwas mit, jedoch durchaus etwas zu berichten haben. Insofern erscheinen entgegen den sonst eher vorsichtig leitenden Fragen des Arztes in dieser Phase entsprechend suggestive Fragen durchaus sinnvoll.

Die Begriffe "Vorgefühl" oder "Aura" sollten mit Vorsicht gehandhabt werden; es hat sich häufiger gezeigt, dass die PatientInnen damit etwas anderes assoziieren als der Arzt. So verneinen manche PatientInnen auf die direkte Frage hin die Existenz von Vorgefühlen, schildern aber später im Gespräch entsprechende Wahrnehmungen. Geeigneter erscheint daher eine Umschreibung des Typs "*Was merken Sie, wenn so ein Anfall losgeht?*".

#### 5. Ärztlich-epileptologische Exploration

In der Regel am günstigsten gegen Ende des Interviews sollte die übliche ärztlich-epileptologische Exploration erfolgen, die neben Fragen zur Qualität z.B. von Vorgefühlen insbesondere auch Aspekte etwa der tageszeitlichen Bindung, der Seitigkeit, eines eventuellen Marchs, des halluzinatorischen bzw. pseudohalluzinatorischen Charakters bestimmter Wahrnehmungen einschließen sollte.

### 4. **Auswertungsversuche**

Der Gesprächsleitfaden, der etwa seit Juli 1999 die Datenerhebung bestimmt (inzwischen liegen 26 Leitfaden-Gespräche vor), dient nun wiederum auch als Orientierung für die Analysen und für deren Auswertung. Er hat die Analysegegenstände nicht verändert, aber doch erheblich präzisiert und teilweise auch ergänzt. So konnte sich beispielsweise die Aufmerksamkeit gezielter auf die Eröffnungsphase des Gesprächs richten, weil in den Gesprächen nach Leitfaden alle PatientInnen die Möglichkeit haben, den initialen offenen Gesprächsraum zu nutzen, während es vorher von verschiedenen Faktoren abhängig war, ob und in welchem Maße ein solcher Raum überhaupt gegeben war. Im Folgenden sollen ei-



nige der bisherigen Analyse-Aspekte kurz charakterisiert werden; zugleich wollen wir zeigen, in welcher Weise wir sie als Vergleichskriterien nutzen. Dies kann allerdings nur exemplarisch anhand weniger Beispiele geschehen.

## 4.1 Analyse-Aspekte und Patientenprofile

### 4.1.1 Nutzung des initialen offenen Gesprächsraums

Wie unterschiedlich der initiale offene Raum genutzt werden kann, soll zunächst anhand zweier Gesprächsanfänge gezeigt werden:

#### Beispiel 2: Frau Leysen (Z. 3-19)

A: ham SIE sich überLE:cht' was sie gerne sElbst' (4sec) wIssn:' ,oder: . klÄren möchtn'  
 L: (4sec) nee . (in e. kurzen Lachen) (?was) +  
 A: naja, kAnn ja sein dass sie sich: (4sec) gedacht hättn . dann kann=ich ma dieses oder jenes, . . fragen: . ,oder  
 L: (4sec) nee w: . wEIB=,ich nich (leichtes Lachen) . . nee einklich  
 A: sie wollen ,gAr nix wissen,  
 L: . . naja das . w/ grad jEtz wEnn=ich so gefragt werde nIch, weiß ,nich . . <stoßweises AA> ja [ö≠w] ich=ich ha:b ja auch gar keine ahnung, & also sIE sind jetzt von der . drei cE, oder wie  
 A: ,ja . .  
 L: [ja  
 A: [ähm . ne Andre station . als . die: auf der sIE ,jetzt sind jedenfalls zUständig und . für tEile der ambulAnz,  
 L: . . mmh (8sec) was is da ANders' ,oder ich/ ich wEIB ,ja gar nich was: äh . . ups tschuldigung, was: was ähm . . da: . so: viel Anders is, . oder so'  
 A: . . . <EA> naja ,ähm: . erstma gehts ja vielleicht auch wEniger u/ . . um die statiON' als um DAS was sIE gerne: . im momen:t . . errEichn möchtn: . ,beziehungsweise: . . geklÄrt, hA'bm möchtn oder selbst klÄren, . möchten  
 L: . . ja, was ich wissen will is woher die Anfälle komm'=und dass es nich 'wIEder,kommt . . . 'jA,  
 A: (6 sec) (leise) mhm'+ . . . die anfälle,  
 L: . . (leise) jaha' (20sec) (ich) mein deswegen bin ich ja auch . 'hier, (leichtes Lachen) . . wEIL . halt . . scheinbar doch . Un,klar is . (Räuspern) (?weil/) . ja . . (sehr leise) weiß ich nich, +  
 A: (5sec) is es denn für sIE klar'  
 L: (5sec) mh: . m::nö, nich direkt . . ich mein: ich fÜHls halt nur erzähl wie=s aussieht und . . aber: . ich bi=ja kein Arzt, ich kann das nich (leicht lachend) beUrteilen, +  
 A: (7sec) mmh' (7sec) aber sie: . . mErken, sie . und (7sec) kriegn mit was davOr is' ,was d/ . danAch is' ,vielleicht auch manchma was dabeI is'  
 L: . . <EA> na:, dabei krie=ich einglich nIchts ,mit . . (Hüsteln) . . ja ,aber vOrher . merk ich ja auch . GAR nichts' . . öh . . (i)ch=weiß halt nur dass ich danach halt . sEhr . m/ mAtschich, bin (4sec) (Räuspern) a(ber)=ich wEIB=es, nich woran=s liegt

#### Beispiel 3: Frau Ohnesorg (Z. 1-19)

A: (?sie) ham mit frau doktor NAME . . gesprochen dass: . . heute . unser termin hier  
 O: ja  
 A: sein sollte ne' . . was ham SIE sich denn so: . . . für erWARtungen gebildet, jetz: . . zu unserm gesprÄch,  
 O: . . (?jaha) äh . (?ich) wollte erstma wissen' . was ich für ne narbe hinterm . gehirn habe' . . wo die herkommt' . und . was ich für anfälle habe,  
 A: . . . mhm' (6sec) mmh'  
 O: (19sec) ja=<leichtes Lachen>  
 A: . . ja ,dann: . . erzÄHln sie ma, . was . ihnn so zu ihrer . erkrankung wIchtich is, . <leise> oder einfällt+  
 O: . . so jetz äh: so=ich jetz beschreibm . wie das so abläuft'  
 A: mmh' . oder wie sichs ent'wickelt hat . ,oder wies ab[läuft  
 O: [aso das hAb ich seit äh: . ich zwölf jahre alt . war . ja . zwölf jahre . (?...) <kurzes Schniefen> (?ja) . . m/meist' sEHR häufich' be/ äh: bekomme=ich das äh . . also . eine woche früher' . also . rEgelzeit, ne' . . <leise> ja, + (5sec) also=da hab=ich so=n vorgeföhl' . ,vom . mAGen' AUfsteignd' .

(?nach) obm' . . . aber=(d)as vorgefuhl' sag=ich ma das ähm . . . sIEht man nich, . <leichtes Lachen> . nur Ich merk das' ,und ich merk das auch . sag ich ma Immer' . . . äh ja, und . . . ja, also so=n aufsteigendes gefÜhl' ,un:d ähm: . . . da: hAb=ich denn' ich <schnell, verschliffen> weiß=nich=ob das: + .  
 Einbildung sa=ICH IMMER . <leichtes Lachen> . äh: . ne innerliche stImme' . . . und denn: . wenn das dann kOmmt'=,öh: . also: dann . rEd=,ich auch irgendwas . red=ich: . <leichtes Lachen?> . also WAS ich rede öh . ,ja . also das weiß ich nich, aber ich wEIB' öh . dass=ich was sAge, . un denn verkrAmpf=ich mich n bisschen' . . . äh . dann kommt so=n LEIchtes . ,LEIchtes äh zittern' . . und dAs sind so sechs sieben sekunden dann bin ich wieder weg' . ,un:d JA, . . denn is' äh bei mir die innerliche unruhe . und zittern noch, . also innerlich' ,un:d . . hände' wenn=ich n gegenstand anfass' manchmal ne tasse' ,also dann  
 A: (6sec) dann'  
 O: . jA dann: . wenn da was drin is' ,oder . kann auch sein dass ich se fallenlasse' . . is AUch schon mal vorgekomm  
 A: (8sec) nhn'  
 O: . . un ich hab als baby' ,äh hab ich äh fieberkrämpfe bekomm' (4sec)

Der Unterschied zwischen den beiden Patientinnen wird hier auf den ersten Blick deutlich: Während Frau Leysen auf die einleitende offene Frage nach den Erwartungen oder dem Anliegen hauptsächlich mit Negationen reagiert („nee“, „weiß ich nich“, „ich ha:b ja auch gar keine ahnung“), thematisiert Frau Ohnesorg sofort ihre Anfälle und gibt eine präzise und konkrete Darstellung des typischen Anfallsablaufs. Dabei manifestiert sie zwar zu Beginn durchaus eine gewisse Unsicherheit, die auch zu einer Rückfrage führt („so=ich jetz beschreibm . wie das so abläuft“); offenbar muss sie sich in dem „initialen offenen Raum“ erst orientieren, aber sie findet sich dann schnell darin zurecht und nutzt die ihr eingeräumten Darstellungsmöglichkeiten.

Um nun systematisch Vergleiche zwischen dem Gesprächsverhalten verschiedener PatientInnen anstellen zu können, sind mehrere Abstraktionsschritte zu vollziehen. Die dritte Phase unserer Projektarbeit war daher nicht nur der Präzisierung der Analysegegenstände gewidmet, sondern schwerpunktmäßig durch das Bemühen um Abstraktion gekennzeichnet.

In einem ersten Schritt haben wir die sich aus dem Leitfaden ergebenden relevanten Aspekte für ein „Profil“ des jeweiligen Patienten bzw. der Patientin in tabellarischer Form zusammengestellt. Dadurch ließen sich die Analyse-Ergebnisse für ein Transkript auf ca. 6-7 Seiten festhalten. Dieses „Profil“ wurde dann noch einmal in einem „Kurzprofil“ auf 2 Seiten zusammengefasst. Da uns diese „Kurzprofile“ aber letztlich dann doch nicht aussagekräftig genug erschienen, haben wir uns schließlich für ein Profil mittlerer Länge (in der Regel etwa 5 Seiten) entschieden.

Diese Vorgehensweise lässt sich am Beispiel der beiden Patientinnen, deren Gesprächsanfänge eben zitiert wurden, illustrieren. In dem Profil wird in folgender Weise festgehalten, wie jede von beiden auf die einleitende offene Frage nach den Erwartungen oder dem Anliegen reagiert:

#### **Frau Leysen: Auszug aus dem Profil**

	<b>selbstinitiiert</b>	<b>fremdinitiiert</b>
<b>Anfälle</b>		
Thematisierung	---	fremdinitiiertes Sprechen über Anfälle, durchgängig minimalistisch
Rekapitulation Anfallsverlauf generell	---	minimalistisch, resümierend und mehr oder weniger vage
-- weitere Detaillierung	---	sparsam und fragmentarisch

Aus dem Profil geht zur Thematisierung hervor, dass diese Patientin hauptsächlich fremdinitiiert, also auf Befragen des Arztes, ihre Anfälle thematisiert und auch dann in ihren Angaben eher sparsam und fragmentarisch bleibt. In einem späteren Teil des Profils wird diese Beobachtung auch noch einmal als charakteristisch für das ‚Gesprächsverhalten‘ festgehalten:

#### **Frau Leysen: Auszug aus dem Profil**

<b>Gesprächsverhalten</b>	
Nutzung des initialen offenen Gesprächsraums	P ist offensichtlich verunsichert durch den offenen Einstieg, weiß nicht, was von ihr erwartet wird. Sie weist As Angebote zur Übernahme von Initiative zurück bzw. gibt Initiative so schnell wie möglich wieder ab. [Ihr Skript der Situation weicht von dem von A angebotenen ab: A stellt Fragen, sie antwortet.]
Gesprächsverhalten insg.	durchgängig passiv-reaktiv; erst im 2. Teil etwas aktiver
Anliegen im Gespräch	Sprechen über die Anfälle ist allgemein nicht Ps Anliegen. P vertritt einen Vorschlag zur Behandlung (Medikament).

Frau Leysen erscheint hier also als eine insgesamt eher passive Gesprächspartnerin, die es dem Arzt überlässt, sie zum Sprechen zu bringen, kaum Eigeninitiative zeigt und kein besonderes Interesse am Sprechen über ihre Anfälle manifestiert. Wenn man sich das gesamte Kurzprofil ansieht (s. Anhang I), bestätigt sich dieser Eindruck: Was Frau Leysen über ihre Anfälle sagt, bleibt relativ knapp und eher summarisch und wird in aller Regel durch Fragen des Arztes – manchmal durch mehrfaches Nachfragen - ausgelöst. Sie konkretisiert ihre Anfälle nicht durch Erzählungen, sie lässt keine besonderen Formulierungsanstrengungen (Reformulierungen, Metaphern) erkennen.

Ganz anders Frau Ohnesorg; für sie sieht die entsprechende Darstellung im Profil folgendermaßen aus:

#### **Frau Ohnesorg: Auszug aus dem Profil**

	<b>selbstinitiiert</b>	<b>fremdinitiiert</b>
<b>Anfälle</b>		
Thematisierung	erfolgt im offenen initialen Gesprächsraum zielstrebig und strukturiert (2-3)	
Rekapitulation Anfallsverlauf generell	auf offene Aufforderung As nennt P 'Ablaufbeschreibung' als erste Möglichkeit, wählt dies dann aus den möglichen Optionen (8). Beschreibung mit Abfolge und Zeitangaben; mit Bearbeitungen, Präzisierungen, Illustrationen.	
-,,- weitere Detaillierung	gelingen wiederholt in sehr kniziser Weise. Vorgefühl (53f), Angst (67ff)	Anfallsverlauf (55ff); innere Stimme (58ff + 101ff), Angst (117ff), Zittern/Zucken (175ff)

Bei Frau Ohnesorg erfolgen sowohl die Thematisierung der Anfälle als auch die Rekapitulation der typischen Verläufe am Gesprächsbeginn selbstinitiiert, ebenso die weiteren Detaillierungen, die sie zu einem späteren Zeitpunkt gibt; im weiteren Gesprächsverlauf stellt allerdings auch der Arzt eine Reihe von Fragen zu den Anfällen, auf die sie – dann also fremdinitiiert – weitere Symptome nennt.

Die Tendenz zu selbstinitiierten Darstellungen ist in ihrem Profil auch in den Angaben zu ihrem Gesprächsverhalten erkennbar:

#### **Frau Ohnesorg: Auszug aus dem Profil**

<b>Gesprächsverhalten</b>	
Nutzung des initialen offenen Gesprächsraums	Zunächst lange Pausen und dargestellte Unsicherheit über den Ablauf des Gesprächs. Nach Abklärung in 6 fängt P zunächst etwas stockend an, ab 8ff (Beginn Anfallsschilderung) spricht sie flüssig.
Gesprächsverhalten insg.	Kooperativ; erfüllt im Prinzip die konversationellen Aufgaben, die der Gesprächspartner ihr stellt, d.h. beantwortet Fragen, aber geht selten von sich aus darüber hinaus; geht auf Initiativen As ein (auch wenn sie sie für erledigt hält, z.B. 45f).
Anliegen im Gespräch, eigene Themen	Formuliertes Anliegen: verschiedene Dinge wissen wollen (2f, 188f). Eigene Themen: 2f: Abklärung der medizinischen Diagnose / Ursachen 19ff: Abklärung der Ursachen, Krankheitsgeschichte (Fieberkrämpfe als Baby, Herzfehler) 103: Ursachen; auffällige Themeneinführung bezüglich Kindheit + Missbrauch -> wichtig, dies abzuschmettern 188: Frage nach weiterer Behandlung 144: kommentiert bisherigen Behandlungsmisserfolg (in f.i. Austausch über Medikation)

Im Gegensatz zum Profil von Frau Leysen werden hier vor allem eigene Anliegen und Themen, die sie selbst ins Gespräch einbringt, deutlich.

Das unterschiedliche Gesprächsverhalten beider Patientinnen hat natürlich auch unterschiedliche Interaktionsverläufe zur Folge und stellt unterschiedliche Anforderungen an den Gesprächspartner. Darauf kann an dieser Stelle nicht eingegangen werden. Da sich unsere Auswertungsinteressen auf die Patienten richten, versuchen wir vorerst nur Patientenprofile zu erstellen. Die Frage, ob und wie wir ggf. zu ‚Interaktionsprofilen‘ (Spranz-Fogasy 1997) kommen können, muss einstweilen noch offen bleiben.

#### **4.1.2 Das Profilschema**

Die beiden kurzen Ausschnitte aus den Profilen von Frau Leysen und Frau Ohnesorg konnten nur einen ersten Eindruck von dieser Form der Auswertung der Transkripte vermitteln. In ähnlicher Weise werden die Beobachtungen zu anderen anfallsbezogenen Darstellungen (so zur Rekonstruktion einzelner Anfallsereignisse, des ersten, letzten und schlimmsten Anfalls, zur Darstellung der Phase verminderter Selbstverfügbarkeit, zu Auren oder Vorzeichen usw.) ebenso wie zum Gesprächsverhalten und zu sprachlichen Verfahren (wie Reformulierungen, Veranschaulichungen, Narrationen u.a.) festgehalten. Das Muster, nach dem wir die Profile erstellen, sieht folgendermaßen aus:

	<b>selbstinitiiert</b>	<b>fremdinitiiert</b>
<b>Anfälle</b>		
Thematisierung		
Fokussierung		
Rekapitulation Anfallsverlauf generell		
-, - weitere Detaillierung		
Rekonstruktion einzelner Anfallsereignisse		

<i>Der Allererste</i>		
<i>Der Letzte</i>		
<i>Der Schlimmste</i>		
<i>Weitere Ereignisse</i>		
Darstellung einer Phase vermindelter Selbstverfügbarkeit		
Vorzeichen		
Anfallschronologie		
Anfallstypologie		
Bewertungen/Kommentare		
<b>Gesprächsverhalten</b>		
Nutzung des initialen offenen Gesprächsraums		
Gesprächsverhalten insgesamt		
Anliegen im Gespräch		
Selbstdarstellung, Selbst-Darstellung		
Pausen		
<b>Sprachliche Verfahren</b>		
Narrationen		
Referenz / Benennung der Anfälle		
Reformulierungen		
Bildhafte Sprache		
Metadiskursive Kommentare		
Verzögerungen		
Vagheitsindikatoren		
Sonstige Auffälligkeiten		

Das Profil enthält die verschiedenen Phänomene, die wir bei der Analyse von Anfallsdarstellungen und ihrer Auswertung berücksichtigen, in systematischer Anordnung. Es wird jeweils festgehalten, welche Phänomene im Gespräch vorkommen; dabei geht allerdings die Reihenfolge, in der sie vorkommen, mehr oder weniger verloren (was wir durchaus als Nachteil empfinden).

Wir haben die Phänomene drei übergeordneten Aspekten zugeordnet: einem themenbezogenen (‚Anfälle‘), einem interaktionsbezogenen (‚Gesprächsverhalten‘) und einem formulierungsbezogenen Aspekt (‚sprachliche Verfahren‘). Dabei sind Überschneidungen beabsichtigt: Wie das Beispiel der Analyse der beiden Gesprächsanfänge (Frau Leysen und Frau Ohnesorg) zeigt, kann man sich denselben – oder ähnlichen – Charakteristika auf verschiedenen Wegen nähern: indem man die Thematisierung der Anfälle beschreibt *und* indem man beim Gesprächsverhalten oder auch bei den sprachlichen Verfahren ansetzt. Die Ergebnisse können sich gegenseitig bestätigen oder relativieren.

Die Unterscheidung zwischen selbstinitiierten und fremdinitiierten Darstellungen erfassen wir systematisch in der hier gewählten Form (d.h. als Alternative) nur beim Thema ‚Anfälle‘. Wenn wir sie in anderen Zusammenhängen für relevant halten, z.B. bei Narrationen oder Reformulierungen, wird bei dem entsprechenden sprachlichen Verfahren notiert, ob es selbst- oder fremdinitiiert eingesetzt wird. Dabei sind wir uns der grundsätzlichen Problematik bewusst: Je weiter das Gespräch voranschreitet, umso weniger klar lassen sich

Selbst- und Fremd-Initiierung gegeneinander abgrenzen. Außerdem kann Fremd-Initiierung durch den Gesprächsleitfaden vorgegeben sein kann, so dass wir u. U. Fälle von Selbst-Initiierung innerhalb fremdinitiiert Sequenzen finden.

#### 4.1.3 Narrative Rekonstruktionen

Um die skizzierten Zusammenhänge an einem Beispiel zu verdeutlichen: Bei der Rekonstruktion einzelner Anfallsereignisse' (5. Zeile des Profils) achten wir besonders auf die ‚Methode‘, die für die Rekonstruktionsaufgabe gewählt wird (Gülich 1994), d.h. darauf, ob die Aufgabe narrativ bearbeitet wird und ggf. um welchen Typ narrativer Sequenz es sich handelt. Dabei kann sich zeigen, dass manche Patienten dazu neigen, eher verallgemeinernd darzustellen, wie eine Aura oder ein Anfall zu verlaufen pflegt, und es ihnen schwer fällt, bestimmte konkrete Auren oder Anfälle episodisch zu erzählen, während andere gerade mit Hilfe von - manchmal ganz kurzen - Erzählungen bestimmte Aspekte von Aura-Erlebnissen elaborieren und detaillieren, die vorher im Gespräch – wenn überhaupt - nur in relativ abstrakter Form vorkamen. In dem Zusammenhang scheint es uns durchaus signifikant, ob selbst- oder fremdinitiiert erzählt wird, denn die Fokussierung einzelner Anfälle durch den Arzt stellt ja keine Vorgabe für die Wahl narrativer oder deskriptiver Formen dar.

Nun erfassen wir ‚Narrationen‘ aber auch unter dem Aspekt der ‚sprachlichen Verfahren‘: Hier richten wir unsere Aufmerksamkeit auf das, was überhaupt – und vor allem was selbstinitiiert - erzählt wird. Dabei lässt sich vielfach beobachten, dass Patienten durch ihre Erzählungen ganz andere Relevanzen setzen, als durch die ärztlichen Fragen vorgegeben wird. Sie werden nach ihren Anfällen oder nach bestimmten Anfällen (wie dem ersten, letzten oder schlimmsten) gefragt, erzählen aber eher die Begleitumstände als das Anfallsgeschehen selbst; oder sie erzählen ihre Behandlungsgeschichte (die Konsultation zahlreicher Ärzte, die Aufenthalte in diversen Krankenhäusern usw.). Sie benutzen Mittel der Relevanzsetzung wie Detaillierungen und szenische Darstellungen, aber diese beziehen sich nicht auf die Anfälle. Gerade in solchen Fällen, in denen die Anfälle selbst nicht narrativ rekonstruiert werden, erscheint es uns wichtig, festzuhalten, ob Narrationen dennoch als sprachliche Verfahren gewählt werden, nur eben zur Darstellung anderer Themen.

#### 4.1.4 Formulierungsarbeit

Die Analyse der sprachlichen Verfahren bildete von Anfang an einen Schwerpunkt in unserer Projektarbeit. Das erste Verfahren, welches wir genauer untersucht haben, waren *Reformulierungen* als Spuren intensiver Formulierungsarbeit speziell bei der sprachlichen Darstellung von Auren und Anfällen. In dieser Hinsicht fanden wir deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen PatientInnen, die wir in Gülich/Schöndienst (1999) beschrieben und interpretiert haben; darauf soll hier nicht noch einmal eingegangen werden. Seither haben wir einige Präzisierungen vorgenommen; insbesondere erweist es sich als erforderlich, genau zu unterscheiden, ob die Reformulierungsaktivitäten sich auf Aurawahrnehmungen oder situative Elemente des Anfallsgeschehens beziehen.

Im Zusammenhang mit Reformulierungen waren uns schon zu Beginn der Projektarbeit *metadiskursive Kommentare* aufgefallen, insbesondere solche zur schweren Beschreibbarkeit. Diesem schon von Janz (1969/1997) beobachteten Phänomen, dass die Auren als eigentlich unbeschreibbar dargestellt werden, was häufig zu erhöhtem Beschreibungsaufwand führt, sind wir inzwischen genauer nachgegangen (vgl. Gülich/Furchner, im Druck). Dabei zeigt sich, dass die metadiskursiven Kommentare nur ein erster Ansatzpunkt für die Beschäftigung mit der ‚Unbeschreibbarkeit‘ sind. Ob sie intensive Arbeit an der Formulie-

rung einleiten oder im Gegenteil auf den Verzicht auf Beschreibungsversuche hindeuten oder auf Formulierungsroutinen in Form eines Rekurses auf vorgeformte Ausdrücke, hängt ganz entscheidend von der Kontextualisierung durch andere verbale oder prosodische Mittel ab.

Neben Reformulierungen und metadiskursiven Kommentaren haben wir *Veranschaulichungsverfahren* als weitere Verfahren zur Lösung von Formulierungsaufgaben, die als mehr oder weniger schwierig präsentiert werden, beschrieben. Unter Veranschaulichungsverfahren verstehen wir Metaphern und Vergleiche, Beispiele und Beispielerzählungen, Konkretisierungen (einschließlich Individualisierungen auf bestimmte Personen) und Szenarios (Brünner/Gülich, demn.). Metaphern sind sprachliche Bilder, die auf Ähnlichkeitsbeziehungen zwischen Objekten, Ereignissen oder Konzepten beruhen bzw. solche Ähnlichkeitsbeziehungen herstellen. Da wir hier der kognitiv orientierten Perspektive auf Metaphern (Lakoff/Johnson 1980/1998) folgen, interessieren wir uns besonders für solche, die sich zu zusammenhängenden Metaphernsystemen verbinden und als Elemente der gewöhnlichen Alltagskommunikation auftreten, berücksichtigen aber die formalen Unterschiede zwischen Metapher und Vergleich (vorhandene bzw. fehlende Vergleichsausdrücke) nicht systematisch. Ein Szenario ist der verbale Entwurf einer vorgestellten, kontrafaktischen Situation, wobei Ereignisse und Handlungen des Adressaten verbal geschildert und mehr oder weniger ausgemalt werden (Brünner 1987). Wie diese verschiedenen Verfahren in Anfallsdarstellungen in Arzt-Patient-Gesprächen eingesetzt werden (im Unterschied zu Experten-Laien-Kommunikation über Herzkrankheiten), ist in Brünner/Gülich (demn., Kap. 3) ausführlich dargestellt worden. Hier soll nur an einigen wenigen Beispielen gezeigt werden, wie unterschiedlich Metaphern zur Veranschaulichung in Anfallsdarstellungen genutzt werden können.

Ein Metaphernsystem, auf das häufig rekurriert wird, besteht in der Konzeptualisierung von Anfallserscheinungen als Elektrizitätsphänomenen. Die Patientin in dem folgenden Gesprächsausschnitt, Frau Johannis, verwendet mehrere Metaphern aus diesem Bereich; auf die Frage des Arztes, ob ihre Anfälle immer gleich ablaufen, antwortet sie, dass sie zwei verschiedene Formen unterscheidet, die sie dann folgendermaßen beschreibt:

**Beispiel 4a: Frau Johannis (Z. 5-9)**

ja das eine geht los ziemlich schnell und heftig . aussem bAUch raus' . hier n bissel unterhalb vom MAGEN' . . . es steigt dann GANZ schnell hoch' hier . bis hierher ungefähr' . . und manchmal bleibts dann hier, ne' un:d und manchmal fährt dann so richtig REIN . wie so wie: . . a/ also als würd man halt halt an die steckdose fassen . . so was, . . kommt dem am nächsten, . . <lacht kurz>

Auf eine Nachfrage des Arztes hin beschreibt die Patientin die zweite Form:

**Beispiel 4b: Frau Johannis (Z. 15-17)**

J: ja und das ANdere sind so sekunden blackouts, . .

A: hm, hm'

J: (8 sec.) wusst ich selber eigen(t)lich GAR nischt mehr . davon, (5 sec.)

A: wie fängt das an' .

J: ja, . hm . . kein vorgefühl nix . GAR nix, (7 sec.) hm, . . ja und dann dann ble/ also WIE ein und ausschalten, . . <leiser> is das,+ . .

A: hm, hm'

Frau Johannis stellt hier also zwei subjektiv unterscheidbare Formen von Anfällen mit Hilfe von Metaphern aus demselben Metaphernsystem dar. Der eine Anfallstyp wird als so etwas wie ein Stromschlag beschrieben; damit wird offenbar der Aspekt der Heftigkeit in

den Vordergrund gerückt. Bei dem anderen Typ ("sekundenblackout", "wie ein- und ausschalten") werden die Kürze und die Plötzlichkeit des Bewusstseinsverlusts akzentuiert. Beide Anfallstypen werden auch im weiteren Verlauf des Gesprächs in ähnlicher Weise bezeichnet, z.B. wenn es heißt, dass es "schlagartig" losgeht, oder wenn die Patientin den zweiten Typ durchgehend als "die blackouts eben" benennt. Allerdings kommt Frau Johannis dann auch noch auf frühere Anfallsformen zu sprechen, die sie auch mit Elektrizitätsmetaphern beschreibt:

**Beispiel 4c: Frau Johannis (Z. 73-76)**

dann wa:r . is das so als würde jemand (da)s licht langsam WEGdrehn, . so mittem mit dem potentiometer (...) und dann is man da wie wie AUFgetaucht wieder . . . und das potentiometer wieder andersrum gedreht

Dieser dritte Anfallstyp zeichnet sich also offenbar durch andere Eigenschaften aus, nämlich durch eine langsame, allmähliche Veränderung der Wahrnehmung bzw. der Empfindungen. In diesem Beispiel kommt aber neben der Elektrizitätsmetapher noch eine neue Metapher vor: das Bild des Auftauchens, dem an anderen Stellen ‚abtauchen‘ oder ‚wegtauchen‘ entspricht. Auch in diesem Fall werden die bildlichen Ausdrücke ‚wegtauchen‘ oder ‚abtauchen‘ geradezu wie Termini verwendet; z.B. spricht die Patientin später einmal von "den abtauchgeschichten" (Z. 126). An einer anderen Stelle wird die Metapher weiter ausgeführt und dabei zugleich auch als habituelle Lösung der Vermittlungsaufgabe gekennzeichnet ("hab ich immer gesagt"):

**Beispiel 4d: Frau Johannis (Z. 73-76)**

das wegtauchen . . . ja das war wie . hab ich immer gesagt wie aquarium, . . . als würde man drinne sitzen und nach draußen gucken, . so ungefähr so verschwommen . son bissel . (?...) wie wenn man unter wasser taucht . und die augen auf hat . so irgend/ so ungefähr . .

Hier zeichnet sich ein neues Metaphernsystem ab ('der Anfall ist ein Wegtauchen'), das es erlaubt, wieder andere Aspekte des Anfallserlebens zu veranschaulichen: Nicht nur der allmähliche Veränderungsprozess wird durch die Metapher verdeutlicht, sondern auch der Zustand, zu dem der Prozess führt. Im Bild des Potentiometers liegt dieser Zustand im "toten Winkel" (Brünner 1987, vgl. Lakoff/Johnson 1998, Kap. 3); hier wird nur der Prozessaspekt durch die Metapher erfasst. Die verschiedenen Metaphernsysteme bei Frau Johannis entsprechen also nicht – wie man zunächst annehmen könnte – verschiedenen Anfallstypen, sondern innerhalb der beiden hier belegten Metaphernsysteme werden verschiedene Aspekte des jeweiligen Anfallstyps beleuchtet.

Inwieweit es sich hier um allgemein zur Beschreibung von Anfällen herangezogene Metaphernsysteme handelt und welches überhaupt die wichtigsten Metaphernsysteme bei der Darstellung von Anfällen sind, diese Frage lässt sich derzeit noch nicht endgültig beantworten. Konventionalisierte Metaphern wie 'Filmriss' oder 'Fadenriss' ebenso wie 'abschalten', 'blackout', 'wegtauchen' bzw. 'auftauchen', 'weg sein' bzw. 'nicht ganz da sein' gehören zu den relativ gängigen Redeweisen über Bewusstseinsstörungen bei Anfällen. Überhaupt scheint die ‚Phase verminderter Selbstverfügbarkeit‘<sup>22</sup> ein Thema zu sein, das Patienten besonders häufig zum Rekurs auf Metaphern veranlasst.

<sup>22</sup> Zu der ‚Darstellung einer Phase verminderter Selbstverfügbarkeit‘ liegt jetzt eine Untersuchung von Furchner (demn.) vor.



Bei der Beschäftigung mit Veranschaulichungsverfahren wird aber auch deutlich, dass die – oft als schwierig präsentierte - Formulierungsaufgabe zugleich ein Vermittlungsproblem darstellt: Höchst subjektive, ungewöhnliche und irritierende Aura- oder Anfallserscheinungen einem Gesprächspartner zu vermitteln, scheint besondere Anstrengungen zu erfordern. In dem folgenden Ausschnitt ist dies sehr deutlich zu erkennen, da der Patient, der im übrigen seine Beschreibungs- und Erklärungsversuche als „laienhaft“ bezeichnet, auf verschiedene Formen der Veranschaulichung rekurriert, die sich an den möglichen Erfahrungen des Adressaten orientieren:

### Beispiel 5a: Herr Reger (Z. 85-93)

<EA>, äh das fÄNgt an'. mit . (?hä) einem gefühl unangenehmer wÄrme, das (?m b) <EA> . äh sich im ganzen OberkÖrper ausbrEltete'. <EA> und . ,ähm . meine erfAhrung? . hat mir gesagt, äh . da kOmmt vielleicht was' <EA> <AA> <EA> und . ,ähm . wenn ich das: . ,äh noch mal etwas lAIenhaft <EA> . ,äh beschrEIben darf, . . ,äh ich wEiß nich ob sie jemals das gefühl hatten dass sie .. <schnalzt> <EA>,äh: . mal . einige tAge'. mit irgend . einer krAnkheit im bett gelegen hAben' <EA> dann AUfgestanden sind, und . ähm . momEnte später <EA> gemerkt haben jetzt hab ich mir aber ZUviel ZUgemutet, <EA> . und . irgendwo, . hört man dann noch ne stimme, und äh <EA> . . die: . manchmal . nimmt man den: . Sinngehalt da AUch nich mehr, . <EA> wAhr . wAs da noch zu einem gesagt wird is ,äh <EA> ,und . alles drEHt sich und=,ähm <EA> und <AA> multi . plizIERn sie das: . mit dem faktor X dann: . ham se UNgefähr das gefühl, <EA> . ,äh:m . das . das ich da: bei der AUra habe, ja ja,

Herr Reger antwortet hier auf die Frage des Arztes, wie eine bestimmte zuvor erwähnte Absence angefangen hatte. Er wählt als Veranschaulichungsform zunächst ein Szenario, das durch die direkte Anrede des Gesprächspartners („ich weiß nich ob sie jemals das gefühl hatten dass ...“) als eine Form ausdrücklicher Adressatenorientierung erscheint. Diese Form wird dann vorübergehend zugunsten von Verallgemeinerungen („man“, „zu einem“) aufgegeben, dann aber wieder aufgenommen („multiplizier sie das mit ...“, „dann ham se ...“). Auf eine Nachfrage des Arztes rekurriert der Patient auf einen Vergleich, um das zuvor schon erwähnte Wärmegefühl erneut zu beschreiben:

### Beispiel 5b: Herr Reger (Z. 97-101)

das nimmt man <EA> dann . auch dieses gefÜHL der Unangenehmen wÄrme als: Ob da so etwas <EA> ,oder im ANderen <AA> <EA> im ANderen zusammenhang auch noch lAIenhaft erklärt als <EA> ob man irgendetwas: ,mh: . gegEssen hat, was einem nich bekOmmt, oder irgendwie dEnkt man, . mir mir is jetzt Übel, und . ,ähm . das zIEht . ,äh äh . für momEnte im ganzen kÖrper . so als ,äh [m] man man spürt da Is etwas, ne'

Das Bemühen um eine adäquate Beschreibung ist hier besonders auffällig, weil Herr Reger mehrmals zu einem Vergleich ansetzt: Der erste Ansatz („als: ob da so etwas“) wird abgebrochen; nach der Wiederaufnahme des metadiskursiven Kommentars „laienhaft erklärt“ setzt der Sprecher neu an und vervollständigt den ersten Ansatz („als ob man irgendetwas gegessen hat ...“). Ein dritter Ansatz nach Abschluss dieser Vervollständigung („so als ...“) wird wiederum abgebrochen, und mit einem Konstruktionswechsel folgt eine sehr allgemeine abschließende Beschreibung („man spürt da is etwas“). Nach zwei kurzen thematischen Exkursen (in denen es um die Medikamente und um Eheprobleme geht) kommt Herr Reger noch einmal auf seine Absenzen zurück und erzählt eine kurze Episode, die er abschließend als „ein typisches Beispiel“ bezeichnet:

### Beispiel 5c: Herr Reger (Z. 113-118)

und das . ANdere wenn ich das AUch sage von heute morgen' <EA> <AA> ,ähm <AA> . . der mIE-ter, . im haus, . der . <EA> bekommt ne neue wohnungseinrichtung, und, . . es laufen Etliche leute auch, . über den flur, die ich nich . kEnne, ich habe heute morgen <EA> EIn zimmer abgeschlossen' <EA> und wusste . fÜNf minuten später nicht mehr <EA> wo ich den schlüssel hingetan hatte, . ich <EA> hab ihn auch nich wieder gefunden, auch Eben nicht, <EA> eben: noch mal durch . gesehn, . jAckentasche, Anoraktasche, <EA> Aktentasche, . <EA> hab den schlüssel nich gefunden, ne' <EA> . ja, . <AA> so . tYpische, <EA> <AA> (7 sec.) ein typisches bEIspiel, . ja

Während in den oben besprochenen Ausschnitten aus dem Gespräch mit Frau Johannis unterschiedliche Aspekte des Anfallserlebens durch Rekurs auf verschiedene Metaphern verdeutlicht wurden, werden hier verschiedene Veranschaulichungsverfahren herangezogen, um die ungewöhnlichen und daher schwer vermittelbaren Empfindungen dem Gesprächspartner nahe zu bringen: Sowohl das Szenario als auch der Vergleich (bzw. die Ansätze zu Vergleichen) lassen sich als Bemühungen des Patienten verstehen, seine subjektiven Empfindungen an einen gemeinsamen Erfahrungshintergrund zu binden, während die Beispiel-erzählung eher das Unnormale und Unzumutbare der von ihm erlebten Zustände in den Vordergrund stellt; das ist z.B. an den Reformulierungen (das Nicht-Wiederfinden des Schlüssels wird dreimal mitgeteilt) sowie den Detaillierungen (vgl. z.B. die Aufzählung „Jackentasche, Anoraktasche, Aktentasche“) erkennbar.

Unterschiede zwischen diesen beiden Patienten und auch zwischen der Leistung der verschiedenen Veranschaulichungsverfahren sind also in den Beispielen durchaus zu erkennen; die Auswertung hinsichtlich der wichtigsten Metaphernsysteme bei der Darstellung von Anfällen durch Patienten und hinsichtlich der Unterschiede im Metapherngebrauch bzw. im Gebrauch von Veranschaulichungsverfahren ist allerdings noch nicht abgeschlossen.

## 4.2 Vergleiche zwischen den Patienten-Profilen

Wenn Charakteristika einzelner PatientInnen – wie oben an einigen Beispielen gezeigt - in Form der ‚Profile‘ festgehalten sind, besteht der nächste Schritt in der Auswertung im Vergleich zwischen den Profilen; wir versuchen ihn hinsichtlich der verschiedenen Kategorien in Form einer Matrix vorzunehmen. In dieser vierten Phase befindet sich die Projektgruppe zur Zeit.

Als Beispiele für die ersten Versuche in dieser Richtung sollen - ohne weitere Kommentare – zum einen die Matrix für die Thematisierung der Anfälle im Gespräch und zum anderen diejenige für die Veranschaulichungsverfahren zur Diskussion gestellt werden; beide beziehen sich jeweils auf zwei Gruppen von 5 bzw. 6 PatientInnen – darunter auch die hier als Beispiele angeführten, die – wie unter bestimmten Aspekten sicher erwartbar – nicht derselben Gruppe angehören: Frau Leysen und Frau Johannis sind Patientinnen mit dissoziativen Anfällen, Frau Ohnesorg und Herr Reger haben eine fokale Epilepsie.

Die betr. Dokumente finden sich im Anhang, und zwar

### als **Anhang II:**

- die Matrix *Profilvergleich Anfälle I* für Patienten mit *fokalen* Epilepsien: Fr. Nieder, Fr. Ohnesorg, Fr. Rapper, Hr. Reger, Fr. Vogel

- die Matrix *Profilvergleich Anfälle 2* für Patienten mit *dissoziativen* Anfällen: Fr. Asig, Fr. Costa, Fr. Erle, Fr. Johannis, Fr. Leysen, Nadine Jobatek

als **Anhang III:**

- die Matrix *Profilvergleich Veranschaulichungsverfahren* für die Patienten mit *fokalen* Epilepsien: Fr. Nieder, Fr. Ohnesorg, Fr. Rapper, Hr. Reger, Fr. Vogel

- die Matrix *Profilvergleich Veranschaulichungsverfahren* für die Patienten mit *dissoziativen* Anfällen: Fr. Asig, Fr. Costa, Fr. Erle, Fr. Johannis, Fr. Leysen, Nadine Jobatek.

Diese schematisierten Auswertungen erlauben es, auf einen Blick etwaige Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den einzelnen PatientInnen und zwischen den beiden Gruppen zu erfassen. Der Sinn dieses Vergleichs liegt vor allem darin, die Charakteristika der PatientInnen zu den verschiedenen Formen von Anfallserkrankungen, an denen die Einzelnen leiden, in Beziehung zu setzen. Ob und inwieweit man typische Zuordnungen erkennen und auch: ob und wie man ggf. diese Zuordnungen (anders als durch Zufälligkeiten) erklären kann, das sind die zentralen Fragen des Projekts.

## Transkriptionskonventionen

[bin ich jetzt*	gleichzeitiges Sprechen: der Beginn ist durch eckige Klammern in
[ja:*	übereinander stehenden Zeilen gekennzeichnet, das Ende ggf. durch *
/	hörbarer Abbruch ohne Pause
.	kurzes Absetzen innerhalb einer Äußerung oder zwischen zwei Äußerungen
..	kurze Pause
...	mittlere Pause
(x sec)	Pause von x Sekunden Dauer
&	auffällig schneller Anschluss
=	auffällige Bindung, Zusammenziehen
<EA>	Einatmen
<AA>	Ausatmen
nich' 'doch	steigende Intonationskurve; hoher Einsatz
nicht, ,er	fallende Intonationskurve; tiefer Einsatz
jA FRAge	dynamische Hervorhebung eines Wortes, einer Silbe, eines Lautes
ja: ach so::	Dehnung einer Silbe, eines Lautes
(?ersmal)	unsichere Transkription
(?.....)	unverständliche Passage
<lachend> +	Kommentar; geht dem entsprechenden Segment voraus und gilt bis +

## Zitierte Literatur

- Apothéloz, Denis/ Grossen, Michèle (1995): L'activité de reformulation comme marqueur de la construction du sens: réflexions théoriques et méthodologiques à partir de l'analyse d'entretiens thérapeutiques, in: Cahiers de l'ILSL 7, 177-198.
- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (1973): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 1: Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie. Hamburg: Reinbek.
- Bergmann, Jörg R. (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse, in: Schröder, Peter/ Steger, Hugo (Hgg): Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache. Düsseldorf: Schwann, 9-51.
- Bergmann, Jörg R. (1985): Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit: Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie, in: Bonß, Wolfgang/ Hartmann, Heinz (Hgg): Entzauberte Wissenschaft. Göttingen: Schwarz, 299-320.
- Bergmann, Jörg R. (1994): Ethnomethodologische Konversationsanalyse, in: Fritz, Gerd/ Hundsnurscher, Franz (Hgg): Handbuch der Dialoganalyse. Tübingen: Niemeyer.
- Bonu, Bruno (1998): Narration et interaction, in: Desgoutte, Jean-Paul (Hg): Les figures du sujet en sciences humaines: motifs de rupture. Paris: L'Harmattan, 29-60.
- Boothe, Brigitte (1994): Der Patient als Erzähler. Göttingen/Zürich: Vandenhoeck.
- Brünner, Gisela (1987): Kommunikation in institutionellen Lehr-Lern-Prozessen. Diskursanalytische Untersuchungen zu Instruktionen in der betrieblichen Ausbildung. Tübingen (= 1987a)
- Brünner, Gisela (1987): Metaphern für Sprache und Kommunikation in Alltag und Wissenschaft, in: Diskussion Deutsch 94, 100-119 (= 1987b)
- Brünner, Gisela/ Gülich, Elisabeth (demn.): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation, erscheint in: Brünner, Gisela/ Gülich, Elisabeth (Hgg): Sprechen über Krankheiten. Bielefeld: Aisthesis Verlag.
- Deppermann, Arnulf (1999): Gespräche analysieren. Opladen: Leske & Budrich.
- Drew, Paul/ Heritage, John (Hgg) (1992): Talk at Work. Cambridge: Cambridge University Press 1992.
- Erkwoh, Ralf (1991): Zur Phänomenologie epileptischer Auren und schizophrener Basissymptome, in: Zentralblatt Neurologie Psychiatrie 256, 663-680.
- Garfinkel, Harold (1967): Studies in Ethnomethodology. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Garfinkel, Harold/ Sacks, Harvey (1979): Über formale Strukturen praktischer Handlungen, in: Weingarten, Elmar/ Sack, Fritz/ Schenkein, Jim (Hgg): Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns. Frankfurt/M.: Suhrkamp, 130-176.
- Gülich, Elisabeth (1994): Récit conversationnel et reconstruction interactive d'un événement, in: Trognon, Alain/ Dausendschön-Gay, Ulrich/ Krafft, Ulrich/ Riboni, Christiane (Hgg): La construction du quotidien. Nancy: Presses Universitaires de Nancy, 155-177 (= Coll. Forum de l'I.F.R.A.S.)
- Gülich, Elisabeth (2000): Zum Zusammenhang von alltagsweltlichen und wissenschaftlichen „Methoden“, in: Antos, Gerd/ Brinker, Klaus/ Heinemann, Wolfgang/ Sager, Sven F. (Hgg): Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung. 2. Halbband: Gesprächslinguistik. Berlin: de Gruyter (im Druck)
- Gülich, Elisabeth/ Kotschi, Thomas (1996): Textherstellungsverfahren in mündlicher Kommunikation. Ein Beitrag am Beispiel des Französischen, in: Motsch, Wolfgang (Hg): Ebenen der Textstruktur. Sprachliche und kommunikative Prinzipien. Tübingen: Niemeyer, 37-80 (= Reihe Germanistische Linguistik, 164)

- Gülich, Elisabeth/ Krafft, Ulrich (1998): Zur Rolle des Vorgeformten in Textproduktionsprozessen, in: Wirrer, Jan (Hg): *Phraseologismen in Text und Kontext*. Bielefeld: Aisthesis Verlag, 11-38 (Phrasemata I)
- Gülich, Elisabeth/ Schöndienst, Martin (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte, in: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für Qualitative Forschung* 1(3) 199-227.
- Gülich, Elisabeth/ Furchner, Ingrid (im Druck): Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken, in: Keim, Inken/ Schütze, Wilfried (Hgg): *Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag*.
- Gülich, Elisabeth/ Mondada, Lorenza (2000): Analyse conversationnelle, in: Holtus, Günter/ Metzeltin, Michael/ Schmitt, Christian (Hgg): *Lexikon der Romanistischen Linguistik*. Tübingen: Niemeyer (im Druck)
- Gülich, Elisabeth/ Hausendorf, Heiko (2000): Vertextungsmuster: Narration, in: Antos, Gerd/ Brinker, Klaus/ Heinemann, Wolfgang/ Sager, Sven F. (Hgg): *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. 1. Halbband: Textlinguistik. Berlin: de Gruyter, 369-385.
- Hausendorf, Heiko (2000): Zugehörigkeit durch Sprache. Eine linguistische Studie am Beispiel der deutschen Wiedervereinigung. Tübingen: Niemeyer.
- Hausendorf, Heiko/ Quasthoff, Uta M. (1996): *Sprachentwicklung und Interaktion. Eine linguistische Studie zum Erwerb von Diskursfähigkeiten*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Have, Paul ten (1995): Medical ethnomethodology. An overview, in: *Human Studies* 18, 245-261.
- Have, Paul ten (1999): *Doing conversation analysis. A practical guide*. London: Sage Publications.
- Heritage, John (1995): Conversation analysis: Methodological aspects, in: Quasthoff, Uta M. (Hg): *Aspects of Oral Communication*. Berlin: de Gruyter, 391-418.
- Hutchby, Jan/ Wooffitt, Robin (1998): *Conversation Analysis. Principles, Practices and Applications*. Cambridge/UK: Polity Press.
- Janz, Dieter (1969/1997): *Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie*. Stuttgart: Georg Thieme.
- Janz, Dieter (Hg) (1999): *Krankengeschichte. Biographie-Geschichte-Dokumentation*. Würzburg: Königshausen + Neumann.
- Kallmeyer, Werner (1978): Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonstitution, in: Meyer-Hermann, Reinhard (Hg): *Sprechen - Handeln - Interaktion. Ergebnisse aus Bielefelder Projekten zu Texttheorie, Sprechakttheorie und Konversationsanalyse*. Tübingen: Narr, 191-241.
- Kallmeyer, Werner (1988): Konversationsanalytische Beschreibung, in: Ammon, Ulrich/ Dittmar, Norbert/ Mattheier, Klaus (Hgg): *Soziolinguistik. Ein internationales Handbuch zur Wissenschaft von Sprache und Gesellschaft*. Berlin/New York: de Gruyter, 1095-1108.
- Kallmeyer, Werner (Hg) (1996): *Gesprächsrhetorik. Rhetorische Verfahren im Gesprächsprozeß*. Tübingen: Gunter Narr.
- Kallmeyer, Werner/Schütze, Fritz (1976): Konversationsanalyse, in: *Studium Linguistik* 1-28.
- Kallmeyer, Werner/Schütze, Fritz (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung, in: Wegner, Dirk (Hg): *Gesprächsanalysen*. Hamburg: Buske, 159-274.
- Kallmeyer, Werner/ Schmitt, Reinhold (1996): Forcieren oder: Die verschärfte Gangart. Zur Analyse von Kooperationsformen im Gespräch, in: Kallmeyer (Hg) 19-118.
- Keim, Inken (1996): Verfahren der Perspektivenabschottung und ihre Auswirkung auf die Dynamik des Argumentierens, in: Kallmeyer (Hg) 191-277.

- Koerfer, Armin/ Martens-Schmid, Karin (2000): Editorial: Erzählen in der Psychotherapie, in: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 2, 83-86.
- Koerfer, Armin/ Köhle, Karl/ Obliers, Rainer (2000): Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation, in: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 2, 87-116.
- Lakoff, Georges/ Johnson, Mark (1980/1998): *Metaphors we live by*. Chicago/London: The University Press; dt. Übersetzung (1998): *Leben in Metaphern. Konstruktion und Gebrauch von Sprachbildern*. Heidelberg: Carl-Auer Systeme.
- Lucius-Hoene, Gabriele (1997): *Leben mit einem Hirntrauma*. Bern: Hans Huber.
- Lucius-Hoene, Gabriele (1998): „Alles gleich gültig und nichts gleichgültig“. Erzählen von Krankheit und Behinderung, in: *Forum Psychosomatik* 2, 13-27.
- Lucius-Hoene, Gabriele/ Deppermann, Arnulf (2000): Narrative identity empiricized. A dialogical and positioning approach to autobiographical research interviews, in: *Narrative Inquiry* (im Druck)
- Mondada, Lorenza (1995): La construction interactionnelle du topic, in: dies. (Hg): *Formes linguistiques et dynamiques interactionnelles. Actes du colloque de Lausanne*, in: *Cahiers de l'ILSL* no 7 (1995), 111-135.
- Mondada, Lorenza (im Druck): *Analyses thématiques. De la grammaire à l'interaction*.
- Quasthoff, Uta M. (1980): *Erzählen in Gesprächen. Linguistische Untersuchungen zu Strukturen und Funktionen am Beispiel einer Kommunikationsform des Alltags*. Tübingen: Gunter Narr.
- Quasthoff, Uta M. (1999): Mündliches Erzählen und sozialer Kontext. Narrative Interaktionsmuster in Institutionen, in: Grünzweig, Walter/ Solbach, Andreas (Hgg): *Grenzüberschreitungen: Narratologie im Kontext. Transcending Boundaries: Narratology in Context*. Tübingen: Gunter Narr, 127-146.
- Rehbein, Jochen/ Löning, Petra (1995): *Sprachliche Verständigungsprozesse in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Linguistische Untersuchung von Gesprächen in der Facharzt-Praxis*. Hamburg (= *Arbeiten zur Mehrsprachigkeit* 54)
- Rimpau, Wilhelm (1999): Selbstkontrolle bei Epilepsie. Erinnerungsspuren in der Therapie einer Epilepsiekranken, in: Janz (Hg) 71-91.
- Sacks, Harvey (1971): Das Erzählen von Geschichten innerhalb von Unterhaltungen, in: Kjolseth, Ralf/ Sack, Fritz (Hgg): *Zur Soziologie der Sprache*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 307-314.
- Sacks, Harvey (1972): On the Analyzability of Stories by Children, in: Gumperz, John J./ Hymes, Dell (Hgg): *Directions in Sociolinguistics: The Ethnography of Communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 325-345.
- Sacks, Harvey (1986): Some considerations of a story told in ordinary conversations, in: *Poetics* 15, 127-138.
- Sacks, Harvey (1992): *Lectures on Conversation*, 2 vol. Oxford: Basil Blackwell (1964-72)
- Sarangi, Srikant/ Roberts, Celia (Hgg) (1999): *Talk, Work and Institutional Order. Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin/New York: de Gruyter.
- Schegloff, Emanuel A. (1982): Discourse as an interactional achievement: some uses of ‚uh huh‘ and other things that come between sentences, in: Tannen, Deborah (Hg): *Analyzing Discourse: Text and Talk*. Georgetown University Roundtable on Languages and Linguistics. Washington, D.C., Georgetown University Press, 71-93.
- Schegloff, Emanuel A. (1993): Reflections on quantification in the study of conversation, in: *Research on Language and Social Interaction* 26 (1) 99-128.
- Schöndienst, Martin (2000): Konversationsanalytische Zugänge zu Gesprächen über Anfälle, in: Rainer-M.E. Jacobi/Peter C. Clausen/Peter Wolf (Hgg): *Die Wahrheit der Begegnung. Anthropologische Perspektiven der Neurologie. Festschrift für Dieter Janz*. Würzburg: Königshausen + Neumann.

- Schütze, Fritz (1976): Zur soziologischen und linguistischen Analyse von Erzählungen, in: Internationales Jahrbuch für Wissens- und Religionssoziologie 10, 7-41.
- Schütze, Fritz (1987): Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien I. Fernuniversität Hagen.
- Schütze, Fritz (1994): Das Paradoxe in Felix' Leben als Ausdruck eines „wilden“ Wandlungsprozesses, in: Koller, Hans-Christoph/ Kokemohr, Rainer (Hgg): Lebensgeschichte als Text. Zur biographischen Artikulation problematischer Bildungsprozesse. Weinheim: Deutscher Studien Verlag, 13-60.
- Spranz-Fogasy, Thomas (1997): Interaktionsprofile. Die Herausbildung individueller Handlungstypik in Gesprächen. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Stein, Stephan (1995): Formelhafte Sprache. Untersuchungen zu ihren pragmatischen und kognitiven Funktionen im gegenwärtigen Deutsch. Frankfurt am Main et al.: Peter Lang (= Sprache in der Gesellschaft. Beiträge zur Sprachwissenschaft 22)
- Streeck, Jürgen (1983) Konversationsanalyse. Ein Reparaturversuch, in: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 2, 72-104.
- Weingarten, Elmar/ Sack, Fritz (1979): Ethnomethodologie. Die methodische Konstruktion der Realität, in: Weingarten, Elmar/ Sack, Fritz/ Schenkein, Jim (Hgg). Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns. Frankfurt: Suhrkamp, 7-26.
- von Weizsäcker, Viktor (1999): Krankengeschichte, in: Janz (Hg) 169-183.
- von Wyl, Agnes (2000): Was magersüchtige und bulimische Patientinnen erzählen, in: Psychotherapie und Sozialwissenschaft 2, 142-161.
- Wolf, Peter (1989): „Wohin geht die Liga?“, in: Epilepsie-Blätter 2, 83-87.
- Wolf, Peter (1994): Aura interruption: how does it become curative?, in: ders. (Hg): Epileptic Seizures and Syndroms, With Some of their Theoretical Implications. London: J. Libbey, 667-673.
- Wolf, Peter/ Schöndienst, Martin/ Gülich, Elisabeth (2000): Experiential auras, in: Lüders, Hans O./ Noachtar, Soheyl (Hgg): Epileptic Seizures. Pathophysiology and Clinical Semiology. New York et al.: Churchill Livingstone, 336-348.



## ANHANG I

**Frau Leysen : Kurzprofil \* Stand 161199 \* IF**

	<b>selbstinitiiert</b>	<b>fremdinitiiert</b>
<b>Anfälle</b>		
Thematisierung / 1. Teil des Gesprächs	---	f.i. Sprechen über Anfälle durchgängig minimalistisch
Thematisierung / 2. Teil des Gesprächs	mehrf. Verweis auf Krankheit /Anfälle i.Z.m. Berufstätigkeit	
Rekapitulation Anfallsverlauf generell	---	minimalistisch, resümierend und +- vage
-,- weitere Detaillierung	---	sparsam und fragmentarisch
Rekonstruktion einzelner Anfallereignisse		
<i>Der Allererste</i>	---	Eher minimalistisch/sparsam. Darin Anfallsgeschehen: skizziert, punktuell (ohne Ablauf), z.T. nur angedeutet. Z.T. fragmentarisch; Vagheitsindikatoren; keine Benennung von Empfindungen; keine Bearbeitungen. Weitere Detaillierungen sparsam und schwerfällig.
<i>und dann'</i> (der Nächste)		Ereignis nur summarisch thematisiert, wiederum erst f.i. weiter detailliert. Anfall selbst nur angedeutet + kurz.
<i>und dann'</i> (nachfolgende Ereignisse)		Ereignisse sehr summarisch dargestellt, werden immer kürzer.
Weitere Ereignisse: Anfälle auf der Station	Kurze funktionale Erzählung im 2. Teil (251ff). Ereignis wenig detailliert.	
Darstellung einer Phase verminderter Selbstverfügbarkeit	explizite Verweise auf Fremdaussagen expl. Angaben: keine Wahrnehmung (krieg nichts mit) expl. Angabe Bewußtseinsverlust (fürn moment weg) indir. Angabe Bew.verlust (ham die mich aufgesammelt) ?dto.? (ich fall dann hin)	
Vorzeichen	im Rahmen von f.i. Schilderungen (26, 39f): „keine Vorzeichen“. Unterstreichen von Plötzlichkeit. Kein Zusammenhang zu situativen Auslösern erkennbar. Explizit: Vorzeichen nicht so, daß Gegensteuern möglich wäre (99ff)	auf Fragen (18, 29, 94): „keine Vorzeichen“. Unterstreichen von Plötzlichkeit. Nach massivem Insistieren: „kalte stirn“, modalisiert (99). Weitere Bearbeitung sehr sparsam und vage.
Anfallschronologie	---	durch wiederholte Fremdinitiiierungen -> Chronologie entwickelt sich zur Ge-

		sprachsaufgabe
Anfallstypologie	---	[kein Initiierungsversuch]
Bewertungen/Kommentare -- Anfallsgeschehen allg.	m.E. diffuse Widersprüchlichkeit zwischen Downgrading (in den Erzählungen: mir gings nicht schlecht, hat mich nicht beunruhigt etc.) einerseits und Nicht-Wahrnehmen-Wollen (eigentlich froh daß ich davon nichts mitkrieg), Nicht-Hinschauen-Wollen ([Anfälle auf Video] ich würds gar nicht unbedingt sehen wollen) andererseits Expliziter Wunsch: Anfälle sollen aufhören	
-- im Zusammenhang mit Behandlung	deutlich und vehement: es reicht -> wünscht möglichst einfache und schnelle Lösung (Medikamente)	
-- im Zusammenhang mit Berufstätigkeit	größte Sorge ist, daß Krankheit (Anfälle) die Ausbildung bzw. verhindert	
-- im Zusammenhang mit allg. Befindlichkeit	wenn Anfälle nicht wären, ginge es mir gut; Anfälle bringen nichts Positives	

<b>Gesprächsverhalten</b>	
Nutzung des initialen offenen Gesprächsraums	P ist offensichtlich verunsichert durch den offenen Einstieg, weiß nicht, was von ihr erwartet wird. Sie weist As Angebote zur Übernahme von Initiative zurück bzw. gibt Initiative so schnell wie möglich wieder ab. [Ihr Skript der Situation weicht von dem von A angebotenen ab: A stellt Fragen, sie antwortet.]
Gesprächsverhalten insg.	durchgängig passiv-reaktiv; erst im 2. Teil etwas aktiver
Anliegen im Gespräch	Sprechen über die Anfälle ist allgemein nicht Ps Anliegen. Vorschlag zur Behandlung vertreten (Medikament).
Selbstdarstellung, Selbst-Darstellung	passiv, erleidend, unwissend. Darstellung als Nichtexpertin: für Sit. in der Klinik, im Gespräch, für medizin. Fragen.
Pausen	Häufig längere bis sehr lange Pausen an TRPs, die nur selten von P beendet werden. Turninterne längere Pausen seltener.

<b>Sprachliche Verfahren:</b>	
Narrationen	keine Darstellungsform, die P selbst wählt; auch f.i. schwerfällig
Referenz / Benennung der Anfälle	Sehr überwiegend unspezifische Referenz (das, es, was). Standardformel für Anfall: „es is (mir) passiert“
Reformulierungen	nicht nennenswert
Metaphern	keine
Metadiskursive Kommentare	(i.Z.m Anfallsdarstellungen) keine
Verzögerungen	gehäuft zu Beginn der 2. Erzählung (Schilderung des Settings) Zögerungen und Abbrüche besonders auffällig gehäuft in Krankensepisode (nicht Anfall)
Vagheitsindikatoren	gelegentlich; besonders in den Erzählungen gehäuft
Sonstige Auffälligkeiten	Häufige Modalisierungen (glaub ich, ich meine, bin mir nicht sicher). Variationen von „weiß ich nicht“, „was weiß ich“ auffällig häufig, auf unterschiedlichste Aspekte bezogen.

## ANHANG II

Profilvergleich Anfälle 1 \* Stand 151100 \* Ingrid Furchner

Kategorie	Fr. NIEDER	Fr. OHNESORG	Fr. RAPPER	Hr. REGER	Fr. VOGEL	
↓ Diagnose →	fok. Ep.	fok. Ep.	fok. Ep.	fok. Ep.	fok. Ep.	

<b>THEMATISIERUNG ANFÄLLE</b>	s.i. auf Erwartungsfrage	s.i. auf Erwartungsfrage	Auf Erwartungsfrage sofort mit-tenrein (z.B. ‚Wut‘)	thematis. s.i. mehrfach Anfälle direkt (als Teile e. ‚allg. Lageberichts‘)	thematis. s.i. zahlr. wichtige anfallsbezog. Aspekte	
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	---	--	--	--

**ANFALLSVERLAUF GENERELL**

Fokussierung/Bereitwilligkeit	s.i.: auf un-spezif. Übergabe der Gesprächs-niti-ative durch A	s.i.: auf un-spezif. Übergabe der Gesprächs-nit. durch A sehr prompt	s.i.	Anfallssymptome mehr-fach s.i.; Ab-lauf auf Nach-fragen As	f.i. (durch As un-spezif. Fo-kuss. der ‚an-fälle selbst‘), sehr prompt	
Detailliertheit	intensiv + ä-u-ßerst detailliert	sehr detailliert	(detailliert)	detailliert	detailliert	
Weitere Durch-gänge (Initiierung; neue De-tails)	weit. Durch-gänge + Bear-beitungen häu-fig s.i. + sehr detailliert	neuer Durchlauf + weit. Bearbeitungen f.i., bereitwillig; de-tailliert, teilw. mit neuen Präzisierungen	keine weiteren Durchgänge	Ablauf-Darstellungen: f.i., aber ihre detaillierte Ausführung s.i.	kein weiterer Komplett-Durchlauf, a-ber im Verlauf des Gesprächs s.i. weitere De-tails	
„Was?“ (Erle-ben vs. Außen-sicht)	Empfinden + Erleben	Abfolge; eig. Erle-ben und Empfinden	Abfolge teilw. erkennbar; Au-ßensicht, sachlich-deskriptiv	Erleben (aber teilw. sehr sachlich wirkende Darstel-lung)	Ablauf; Erle-ben + Außen-sicht	

**DER ERSTE**

Initiierung	f.i.	f.i.	f.i. (Versuch)	nicht erzählt o. erfragt	f.i. (sehr vage!)	
„Bereitwillig-keit“	nach 2. Auf-ford. bereitw.	prompt			äußerst prompt	
Art der Re-konstrukt.	episodisch	episodisch			episodisch	
„Erinnerbar-keit“	unauffällig	situative Details lü-ckenhaft	„Absolut nich,“	---	unauffällig	
„Was?“	Erleben; Szene minimal	Szene; Innensicht f.i.			Szene	
„Ausführlich-keit“	Erleben sehr ausführlich	mittel			Kern, knapp / auf Nachfrage etwas detail-lierter	

**DER LETZTE**

Initiierung	f.i.	f.i.	f.i. („an-flug“)	f.i.	s.i. (2mal) / Detaill. f.i.	f.i.	
„Bereitwillig-keit“	nach 2. Auf-ford. bereitw.	prompt	prompt		/ prompt	erst auf Nach-frage	

Art der Rekonstrukt.	episodisch	episodisch	deskriptiv	---	episod. mit verallgemeinertem Einschub / Übergang in verallgemeinerte Schilderung	episodisch	
„Erinnerbarkeit“	unauffällig	unauffällig	unauffällig	nicht erinnerbar	unauffällig	unauffällig	
„Was?“	Szene + Innensicht eng verwoben	eher Szene; Innensicht weniger	Außen- und Innensicht	---	Szene + Außensicht? / Innensicht	Anfallsverlauf + Innensicht	
„Ausführlichkeit“	kurz, aber detailliert	ausführlich + sehr rund	knapp, keine situat. Details	---	Ablauf ausf. / Erleben sehr ausf.	knapp, aber detailliert	

**DER SCHLIMMSTE**

Initiierung	nicht erzählt o. erfragt	s.i.	f.i.	f.i.	nicht erzählt o. erfragt	s.i.	f.i.	
„Bereitwilligkeit“			normal	nach 2.Auff. + °Verzög.			keine Fokuss.	
Art der Rekonstrukt.		epis. + verallg. Einschübe	episodisch	episod. m. verallg. Einschub		epis. (mit eingesch. Erklärung)	e. singul. Ereignisses	
„Erinnerbarkeit“	---	unauffällig	unauffällig	unauffällig	---	unauffällig	---	
„Was?“		Szene	Szene	Szene + (nicht markierte) Außensicht		Anfallsverlauf + Außensicht		
„Ausführlichkeit“		eher knapp (Kern)	mittel, Kern det.	Szene knapp, Anfallsverlauf detaillierter		Kern detaill.		

**WEITERE EREIGNISSE:**

Quantität	2	1 s.i., 1 f.i.	2	5	3		
Ausführlichkeit	knappe Verweise auf vergang. Ereignisse	kurz, aber episodisch	einmal summar., einmal detailliertere Schild. der Szene; Anfälle selbst nicht geschildert	2mal nur Verweis auf Ereignis/se, 1 summar. Darst. des Ereigniskerns 2mal kurze, aber episod. Schild. der Szene, Anfall darin nur summar.	eher knapp, aber 2mal durchaus episodisch + detailliert		
Einbettung	in Ausführungen eingebettet zur Illustration	eingebettet in allg. Ausführungen	einmal als Beispiel eingebettet, einmal in Nebensequenz fokussiert	läng. Sequenzen: im Rahmen ‚allg. Lagebericht‘	in allg. Ausführ. eingebettet zur Illustration oder Erklärung		

Auffälligkeiten					117ff: trotz ausbleib. („erwartbarer“) Nachfrage erzählt P Ereignis („hilfe“ schreien).	
<b>BESONDERES EREIGNIS:</b>						
Initiierung		(38-52) s.i. / Detail. f.i.				
„Bereitwilligkeit“		/ prompt				
Art der Rekonstrukt.		episodisch / m. verallgemein. Einschüben				
„Erinnerbarkeit“		unauffällig				
„Was?“		Situation / Szene + Innensicht				
„Ausführlichkeit“		summarisch / mittel				

## Profilvergleich Anfälle 1 Lücke \* Stand 151100

Kategorie	Frau Nieder	Frau Ohnesorg	Frau Rapper	Herr Reger	Frau Vogel
↓ Diagnose →	Epilepsie	Epilepsie	Epilepsie	Epilepsie	Epilepsie

Darstellung einer Phase eingeschränkter Selbstverfügbarkeit (Lücke)						
Darstellung der Lücke im Verhältnis zum Anfallsverlauf	---	---	? (eher: Lücke als Teil des Anfallsgeschehens)	Lücke als Teil des Anfallsgeschehens (obwohl „absenzen“ oft isoliert behandelt)	eher: Lücke als Teil des Anfallsgeschehens	
Was?	„keine Lücke“ (wird in Anfallsdarstellung deutlich)	s.i., explizit „keine Lücke“ fragmentar. Wahrn.?	Bewegung, Hin- und Herwackeln, Zappeln	körperl. Aktivität bei gestörtem Bewusstsein („begrenzt handlungsfähig“, verzerrte Wahrnehmung)	vermutlich: körperl. Aktivität ohne Bewusstsein; „ich fall nicht um“	
Wird Vorkommen einer Lücke erkennbar dargestellt?	---	---	s.i. nur in Andeutungen, nicht klar erkennbar	ja; s.i. Differenzierungen („keine absence gleicht der anderen“)	eher indirekt benannt + angedeutet als deutlich gesagt	
Wird Geschehens während einer Lücke dargestellt?	---	---	ja, detailliert, aber nicht als Rekonstruktion markiert	ja, s.i., detailliert	ja, s.i., intensiv + detailliert; Präzis. „ich fall nicht um“	
Darstellungsverfahren	---	(negative) Benennung	s.i. Andeutung f.i. indir. Benennungen	Benennung; Darst. durch detaill. Schild. des Ablaufs	Zeugenaussagen; indir. durch Darst. des Geschehens; indir. durch Widerspruch zu Aussage der Mutter ‚nicht richtig ohnmächtig‘	
Benennungen:						
erste, dominante, präferierte		ich kipp nicht um	s.i.: Verwirrung, Einnässen; was Motorisches; ich mich hinlege	Absence begrenzt handlungsfähig	„da hab ich erstma gemerkt was ich alles nich mitgekriegt habe“	
weitere		---	f.i.: das sind berichte, wurde mir erzählt; merk ich nicht			
Bemerkungen/Auffälligkeiten	---	---	PeS s.i. gar nicht deutlich, auf Nachfrage aber sehr nachdrücklich formuliert („nie und nimmer“)	in Erzählungen uneinheitlich: mal Ablauf differenziert rekonstr., mal holistisch + benannt (wenn Anfall nicht im Fokus -> kohärent)	Betonung liegt insgesamt eher auf dem, was P weiß (egal aus welcher Quelle), als auf nicht Gewusstem	

## Profilvergleich Anfälle 2 \* Stand 151100 \* Ingrid Furchner

Kategorie	Frau Asig	Frau Costa	Frau Erle	Frau Johannis	Frau Leysen	Nadine Jobatek
↓ Diagnose →	Dissoziative A.	Dissoziative A.	Dissoziative A.	Dissoziative A.	Dissoziative A.	Dissoziative A.

<b>THEMATISIERUNG ANFÄLLE</b>	<b>KEIN LFG!!!</b> früh im Gespräch durch A	vermutlich* s.i. *Bandstörungen, bes. zu Beginn	s.i. auf Erwartungsfrage: viele Aspekte i.Z.m. Anfällen	<i>KEIN LFG!</i> früh durch A	eher f.i.: nach wiederholter Rückgabe der Gesprächsinitiative an P	<i>KEIN LFG!!!</i> (durch A, früh im Gespräch)
-------------------------------	--	---	---	----------------------------------	--	---

ANFALLSVERLAUF GENERELL						
Fokussierung/Bereitwilligkeit	durch A normal	möglicherw.* s.i.	s.i. auch Anfallsymp-tome	früh durch A, P geht bereitw. darauf ein	f.i., schwerfällig	(durch A)
Detailliertheit	knapp	(1 Aspekt: Lücke) kurz, aber intensiv	summarisch	kurz, aber detailliert. Ein Typ (blackouts) summarisch.	sehr sparsam, oft in negat. Formen ("nichts")	mittel
Weitere Durchgänge (Initiierung; neue Details)	im Wesentlichen f.i., manchmal versuchte F.I. erfolglos. Erfolgreiche Detaill. oft Präzisierung	f.i. und s.i. weitere Detaillierungen im Gespräch verteilt, oft in Anderes (z.B. Erzählungen) eingebettet	f.i. und s.i. weit. Kurzdurchgänge, immer summarisch, z.T. in Negationen	meist auf F.I., die P bereitwillig befolgt. Detaillierungen oft Präzisionen.	auf entsprechende Fremdinitiativen wenig Reaktion, wenig neue Details	weitere Detaillierungen f.i. und s.i. (diese meist in and. Ausführungen eingebettet); neue Details
„Was?“ (Erleben vs. Außensicht)	Empfindungen	Empfinden	Außensicht; Empfinden kaum (Kopfschmerzen)	Abläufe; Anfallsgefühle, sachlich-neutral	Wahrnehmung (meist: Abwesenheit von)	Empfinden, Erleben

DER ERSTE								
Initiierung	f.i. (erster Ablauf)	s.i. (Refokuss. erster Großer)	f.i.	f.i.	f.i.	s.i. themat. erster Großer	f.i. / weitere Detaill. f.i.	(von A initiiert)
„Bereitwilligkeit“	im 2. Anlauf + versetzt		Verweis auf Ereignis, keine Rekonstruktion -> s.i. Refokussierung "der haupt" -> detailliert	im „2. Anlauf“	im 2. Anlauf	Rekonstr. f.i., im 2. Anlauf	+ normal ((vager Eindruck von Widerstand prosodisch))	etwas verhalten (A fragt sehr schnell nach)
Art der Rekonstrukt.	iterat. Erz.	keine Rek.	episodisch fragmentiert; Rekonstr. durch intensive Mitarbeit As	episodisch fragmentiert	minimal episodisch	episodisch fragment.	episodisch	episodisch
„Erinnerbarkeit“	"keine Erinnerung"	"keine Erinnerung, ob Aura"	Kern (Anfall) nicht erinnerbar	unauffällig	unauffällig	unauffällig	erst unauffällig; auf Detail-Nachfragen: in situativen Details lückenhaft	unauffällig
„Was?“	Szene		sit. und szen. Elemente	situative und szenische Elemente	Situation	Symptome, sachlich-neutral	hauptsächlich Szene; Anfallserleben minimal + meist in Negation	eher Innensicht
„Ausführlichkeit“	kurz, summarisch		knapp, erst durch F.I. detailliert	minimal, sparsam	Sit. detaill., Ereignisverlauf kaum rek.	minimal	Anfallsgeschehen summarisch; sit. Ablauf, bes. "Danach" sehr ausführlich.	sehr knapp

## DER LETZTE

Initiierung	früh von A thematis.	erneute Fokuss. f.i.	f.i.	1. Erwähnung s.i., Rekonstruktion f.i.	s.i. ("letzten"), zur Illustr. von Auslösern	nicht erzählt, nicht erfragt	
„Bereitwilligkeit“	normal, aber schnell zum Allgemein.	normal	prompt	nach erneuter Aufforderung, im Frage-Antwort-Modus			(A fokussiert) mit Detailfrage, Nachfrage geht über in Verallgemeinerung
Art der Rekonstrukt.	keine wirkl. Rek.	episodisch	episodisch	(im Frage-Antwort-Modus) episodisch	minimal episodisch		1 Element auf Frage; keine Rekonstruktion
„Erinnerbarkeit“	"wann" problematisch	unauffällig	Ereigniskern (Anfall): keine Erinnerung	unklar, unauffällig	unauffällig		
„Was?“	Szene	Erleben, Innensicht; minimale sit. Einbett.	erst: sit. Ablauf, überw. Innensicht Vorher + Nachher; dann: Außensicht Anfall (jew. Persp. markiert)	Szene	überwiegend Situation (konsistent mit Einbettung)		
„Ausführlichkeit“	minimal	kurz/mittel	sehr ausf. + detailliert	sparsam	detailliert		

**DER SCHLIMMSTE**

Initiierung	f.i.	nicht erzählt o. erfragt	f.i. (identisch mit „Letztem“)	nicht erzählt o. erfragt	nicht erzählt, nicht erfragt	nicht erzählt, nicht erfragt
„Bereitwilligkeit“	nach mehrfachem Anlauf + Insistieren As		nach erneuter Aufford., °verzögert			
Art der Rekonstrukt.	episodisch		episodisch fragmentiert			
„Erinnerbarkeit“	unauffällig		unauffällig			
„Was?“	Erleben + Empfinden; Szene wenig		Wahrnehmung szen. Details (neu)			
„Ausführlichkeit“	rel. detailliert (eher durch Nachfragen)		knapp			

**WEITERE EREIGNISSE:**

Quantität	keine	Thematis. e. Ereignisses (s.u.)	7 s.i.	2 s.i. themat., außerdem Verweise auf Gruppen vergang. Ereignisse	mind. 4 weitere Ereignisse	3-4 s.i.
Ausführlichkeit		minimal	mit 1 Ausnahme (s.u.) nur Erwähnung von Ereignissen	resümiert, auf best. Aspekt fokussiert	knapp, summarisch; eins ausführlicher (s.u.)	untersch.: kurzer Verweis, kurze Schilderung, einmal ausführlicher (s.u.)
Einbettung		im Rahmen Chronologie	i.Z.m. anderen Aspekten zur Verdeutlichung, Illustration u.ä.	in Antwort auf Detailfragen; Sammelverweise in Erörterung	im Rahmen der Gesprächsaufgabe "chronologische Rekapitula-	funktionale Erz. und/oder narr. Struktur zur Lösung e.



			oder als Kurzmitteilung; 1 ausführlichere Rekonstruktion als Belegerzählung	verschied. Anfallstypen und deren Auftreten	tion der Anfälle"; einmal s.i. als funktionale Erzählung	Darstellungsproblems
Auffälligkeiten						
<b>BESONDERES EREIGNIS:</b>						
Initiierung		s.i. thematisiert in Chronologie	s.i.	Themat. s.i. in Antwort (s.o.)	(in "Chronologie"); Detaillierung f.i.	s.i. / Detaill. f.i. (schnelle Nachfrage)
„Bereitwilligkeit“		2 versetzte Versuche F.I. einer Rekonstruktion scheitern	f.i. weit. Detail. sparsam	Rekonstr. f.i., bereitwillig	normal	/ normal
Art der Rekonstrukt.		---	episodisch	episodisch	episodisch	episodisch
„Erinnerbarkeit“		"ich weiß es nicht mehr"	unauffällig	Ereigniskern (Anfall) nicht erinnert	unauffällig	unauffällig
„Was?“		---	Situation + Szene	eig. Wahrnehmung, Szene, Wiedergabe Außenperspektive	Szene	Sit. + Szene / Anfall, überwiegend Außenperspektive (eig. Empfinden in verallg. Einschüben)
„Ausführlichkeit“		nur situative Verortung	knapp	knapp, keine sit. Einbettung	Szene, bes. "Danach", sehr ausführlich; Anfall summarisch, Empfinden kaum	detailliert

## Profilvergleich Anfälle 2 Lücke \* Stand 151100

Kategorie	<b>Frau Asig</b>	<b>Frau Costa</b>	<b>Frau Erle</b>	<b>Frau Johannis</b>	<b>Frau Leysen</b>	<b>Nadine Jobatek</b>
↓ Diagnose →	<b>Dissoziative A.</b>	<b>Dissoziative A.</b>	<b>Dissoziative A.</b>	<b>Dissoziative A.</b>	<b>Dissoziative A.</b>	<b>Dissoziative A.</b>

<b>Darstellung einer Phase eingeschränkter Selbstverfügbarkeit (Lücke)</b>						
Darstellung der Lücke im Verhältnis zum Anfallsverlauf	Lücke als Teil des Anfallsgeschehens	Lücke eher als <u>das</u> A-geschehen, nicht regelhaft in größerem Verlauf verortet	Lücke = Anfallsgeschehen	(1 Anfallstyp:) Lücke = Anfall	Lücke = Anfall	Lücke = Teil des Anfallsgeschehens
Was?	?	körperliche Aktivität ohne Bewusstheit	Bewusstseinsverlust + phys. Ohnmacht	Bewusstseinsverlust + reglos; Bewusstseinsverlust + aktiv	Bewusstseinsverlust + physische Ohnmacht (hinfallen)	Bewusstseinsverlust mit phys. Ohnmacht (s.u. Bemerkungen)
Wird Vorkommen einer Lücke erkennbar dargestellt?	selten (aber: s.u. Bemerkungen), erst spät im Gespräch; keine Detaillierung	ja; verfahrens- und variationsreich	ja; "holistisch", nicht detailliert; variationsarm	ja; s.i. "holistisch"; Detaillierungen nur f.i.; Differenzierungen nur f.i.	ja; "holistisch"	ja; kaum detailliert
Wird Geschehens während einer Lücke dargestellt?	nein	ja; detailliert	nein	nur f.i.	(nein bzw. minimal)	wenig
Darstellungsverfahren	Benennung	Benennungen; (in Erz.) Konturieren; (in Erz.) Rekonstr. durch Zeugenauss.; (in Erz.) (komplette Auslassung)	Benennung; (in Erz.) Andeutung (da tats n schlag; das wars dann); (in Erz.) ausgelassen	Benennung; Abbilden (Ereignisprung); Rekonstr. durch Zeugenaussagen	Benennung; (in Erz.) Andeutung, Auslassung	Benennung; Andeutung, Auslassung; partielle Rekonstr. durch Zeugenaussagen
<b>Benennungen:</b>						
erste, dominante, präferierte	umfallen, "der anfall"	nichts wissen	umfallen, (irgendwo) liegen	Blackout	nicht/s mitkriegen	
weitere		kann mich nicht erinnern; n stückzeit was weg is, [mir fehlt] die Erinnerung, [es fehlt] ein stück von sich selbst, nichts mitbekommen; indirekt: zu mir kommen	fallen, hinfallen	nicht/s wissen, wie ein- und ausschalten, (n paar meter weg gefehlt); Negationen (kein x, nix); indir.: nur von anderen gesagt kriegen	weg sein, hinfallen, (es) nicht merken; indir.: von anderen erzählt/beschrieben kriegen; (in Erz.) die ham mich aufgesammelt	nicht wissen, weg sein, umkippen; indir.: wieder aufwachen
Bemerkungen/Auffälligkeiten	N.B. Kein LFG!!! Gesprächsfokus auf "Aura"!!!!	(Darstellungen nicht einheitlich, große Spannbreite)		Reformulierungen fast immer fremd- oder pauseninitiiert	Reden über Anfälle insgesamt minimalistisch + fremdinitiiert	N.B. Kein LFG!!! PeS (mit Sturz) wird von A sofort als bekannt eingeführt!!!

## Anhang III

Matrix PV Metapher FOK 1 (Stand 29.04.2010)

Kategorie ↓	Fr. NIEDER	F. OHNESORG	Fr. RAPPER	Hr. REGER	Fr. VOGEL
Diagnose →	unklar	fokale Epilepsie	fokale Epilepsie	fokale Epilepsie	fokale Epilepsie

SPRACHLICHE VERFAHREN:						
VERANSCHAULICHUNGEN:						
Metaphern/Bilder	viele	wenige (2-3)	einige (verblasste; 4-5)	einige (z.T. verblasste)	einige (z.T. verblasste)	
Vergleiche	viele	wenige (1)	wenige (eigentlich faktische Beschreibungen in Vergleichs-Form)	einige	wenige (3)	
Beispiele/Szenarien	viele	wenige (2)	einige	einige	wenige	
Sonstige	---	---	Lautmalerei („zack!“) zur Illustration von Plötzlichkeit/Abruptheit	---	---	
→ Einsatzweise	Einsatz zur Schilderung des Anfallserlebens, Lösung von Darstellungsschwierigkeiten.	vornehmlich zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten	routinierter Metapherngebrauch, nur einmal als Lösung von Darstellungsschwierigkeiten; Szenen u. Beispiele zu deren Lösung	(bis auf wenige verblasste Metaphern) zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten	(abgesehen von verblassten Metaphern) zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten.	
→ Auffälligkeiten	zwei vorherrschende Bildbereiche, die sich z.T. widersprechen (Nebel/Dunst, der kommt vs. ‚Wesen‘, das sich in einen setzt)	---	---	---	---	
BENENNUNGEN DER ANFÄLLE:						
Konzeptualisierung/ Personifizierung	sehr starkes dynam. Konzept. Anfälle werden als eigenständig u. plötzlich handelnde, feindselige u. bedrohende Entität dargestellt. Durch Naturmetaphern als geheimnisvoll, verunsichernd und furchteinflößend markiert („nebulös“). Anfälle kommen von außen und nehmen „in [!] ihrem Körper Besitz“. <u>Konzept: Kampf mit Dämon</u>	auffällig oft dynam. Konzeptualisierung. („kommen, gehen“) (v.a. bei Angst). Anfallserlebnisse werden auffällig oft als eigenständig, aktiv handelnde Entität dargestellt. 1 x sehr deutliche Personifizierung des Anfalls. Z.T. auch Besitz-Konzept („bekommen,	Auffälliges dynamisches Konzept: Anfall als eigenständig handelnde Entität („kommen“, „gehen“, „Anfall ist weg“ etc.); Personifizierung (Anfall als Gegner; ihn „abwehren“); z.T. extrem deutlich („Anfall hat Verwirrung“) Konzept: Gegner/Verteidigung	Anfälle konzeptualisiert als Macht, die z.T. eigenständig handelt (dynamisch) oder ‚da ist‘ (statisch) und Besitz von ihm ergreift und sein Handeln beeinflusst. <b>Konzept: Dämon</b> Z.T. personifizierende Metaphern („springende Schmerzen“). Anfallserscheinung	dynamisches Konzept relativ deutlich vorhanden (v.a. ‚kommen‘). Anfälle werden als selbstständig ‚kommend‘ beschrieben, nicht jedoch als ‚gehend‘, sondern „warn vorbei“ „hörn auf“ etc. ab und an auch: ‚kriegen‘. So oder so: Anfälle kommen von außen. Anfälle	

		kriegen, haben <sup>6</sup> ); jedoch dominiert das dynam. Konzept (siehe auffällige Korrektur in 128: „hatt=ich [... →] kam schOn, die angst“.	Auffällig: auch andere (körperliche) Erscheinungen (Schlaf, Müdigkeit, Verwirrung, Wut) werden als aktive Subjekte dargestellt. Das „Ich“ tritt demgegenüber in eine passive Rolle (siehe auch auffällige Pronominalwechsel „ich“ → „man“) Ausnahme: der ‚Besondere A.‘ (S-Bahn 255ff.): hier Besitz-Konzept („haben“)	nungen häufig aktivisch geschildert. „Ich“ als Subjekt verschwindet in langen Passagen (auffällig viele Passivkonstruktionen; unpersönliche Pronomina).	häufig im Aktiv. <i>Konzept: Naturereignis</i>	
Konkrete Bezeichnungen („Anfall“ etc.)	viele, vornehmlich „Gefühl“. „Anfall“ nur als singuläres Ereignis; medizinische Ausdrücke in Referenz auf Andere	viele auffällig: Bezeichnung „Narbe hinterm Gehirn (3/107) manchmal „meine Anfälle“	viele; fast immer „Anfall“	viele, oft „Absence“ (auch „Aura“, „Gefühl“);	viele, auffällig: deutliche Hervorhebung der eigenen Zuschreibung („meine Anfälle“)	
unkonkrete Substitute („das“, „es“ etc.)	viele, jedoch referierend auf „Gefühl“, obwohl diese Referenz nach und nach verblasst	viele	wenige	selten und mit relativ deutlicher Referenz	einige	

**REDE-  
WIEDERGABE:**

mit dem Anfall	ja, mehrfach	ja (aber etwas unscharf, 75f.)	nein	nein	nein	
mit Anderen	oft	mehrfach	mehrfach	selten	oft	
selbstreflexiv	oft	mehrfach	oft	mehrfach	mehrfach	

Matrix PV Metapher DISS 1 (Stand: 29.04.2010)

Kategorie ↓	Fr. ASIG	Fr. COSTA	Fr. ERLE	Fr. JOHANNIS	Fr. LEYSEN	Nadine JOBATEK
Diagnose →	dissoziative Anfälle	dissoziative Anfälle	dissoziative Anfälle	dissoziative Anfälle	dissoziative Anfälle	dissoziative Anfälle (?)

SPRACHLICHE VERFAHREN:						
VERANSCHAULICHUNGE N:						
Meta- phern/Bilder	viele	viele	wenige	viele	wenige (v.a. verblasste)	wenige
Vergleiche	viele	viele	wenige	viele	keine	wenige
Beispiele/Szenarien	einige Beispiele	wenige	viele	wenige	wenige	viele
Sonstige	---	---	---	---	---	Lautmalerei
→ Einsatzweise	zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten	fast ausschließlich zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten	deutlich zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten	vorwiegend zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten	zur Lösung von Darstellungsproblemen (z.B. „matischig“ fühlen)	Zur Lösung von Darstellungsschwierigkeiten bzw. deren Umgehung/ Abkürzung (Lautmalerei)
→ Auffälligkeiten	---	viele wortgleiche Wiederholungen von Vergleichen	Formulierungsaufwand am größten bei Phänomenen, die nicht dem Anfall zugeordnet werden (Zittern, Unruhe)	---	---	---

BENENNUNGEN DER ANFÄLLE:						
Konzeptualisierung/ Personifizierung	verschiedene Konzepte werden angerissen. Ein Konzept einer eigenständigen Entität (,kommen‘, ,auftreten‘) findet sich neben Ereignis (,stattfinden‘, ,passieren‘) und der Standardformulierung (,haben‘). Anfälle agieren eigenständig im Körper. Keine konfrontative Auseinandersetzung mit den Anfällen markiert. Anfälle sind keine Bedrohung.	verschiedene Konzepte: dynamisches Konzept (,kommen‘), z.T. in Richtung Personifizierung (,beeinflussen wollen‘) gemischt mit quantitativen Bewertungen und Besitz (,weniger‘, ,mehr‘, ,haben‘, ,zunehmen‘). kein stimmiges vorherrschendes Konzept.  Sehr auffällig: Geist und Körper werden als eigenständige Entitäten darge-	Standardformulierung „es passiert“ → deutet hin auf ein Ereignis-Konzept, jedoch ebenfalls ,haben‘-Verbindungen und zahlreiche Kennzeichen eines dynamischen Konzeptes (,auftreten‘, ,kommen‘), z.T. mit schwachen Personifizierungen (,es kündigt sich an‘). Auffällig, dass zahlreiche dieser Personifizierten Wendungen ex negativo benutzt werden. (,kün-	zwei Anfallstypen, die unterschiedlich konzeptualisiert werden: 1. Typus: dynam. Konzept (,bewegt sich im Körper, geht, steigt, sitzt‘); eigenständig handelnde Entität, die aber von innen kommt (6). <u>Konzept: sich verselbständigende Innerlichkeit.</u> Parallele: Organe handeln selbstständig (39, 49), Ge-	schwaches dynamisches Konzept (,kommen‘, ,auftreten‘, ,weggehen‘) mit Anflügen von Personifizierung (aber im neutrum). Daneben Standardformulierung: ,es passiert‘, auch andere Ereignisvokabeln (,geht los‘, ,hört auf‘). <u>Kein klares dominierendes Konzept.</u>	Anfälle werden quantitativ bewertet (,weniger/mehr‘), auch qualitative Vergleiche werden in quantitativen Vokabeln gefasst (größer/kleiner); dazu: ,haben‘-Konstruktionen. (auffällig: „meine Anfälle“ [1] 244) <u>Konzept: Anfälle als Besitz.</u> Bei Verlaufsbeschreibungen kommt

		stellt (54ff, 71ff.) bzw. personifiziert → viel markierter als alle Personifizierungen der Anfälle  P benennt Vor- gefühle zwar als „Attacken“, eine Bedrohung wird jedoch nicht ausge- drückt.  ,ich→man‘ (48ff. 201ff.) und Akt→Passiv- Ver- wischungen (201ff.)	digst sich nicht an“). Ferner auffäl- lig: Zittern, Kopfschmerzen und Unruhe im Kopf werden nicht dem An- fallserleben zu- gerechnet: hier aber starker Formulierungs- aufwand mit Verselbständi- gung des Kör- per (Zittern, 55ff.9); viele Metaphern um die Unruhe. Unruhe ist angstausslösend, nicht die Anfäl- le. Auffällig: viele Pronominalver- schiebungen ,ich‘ → ,man‘	fühle als Dinge; über- haupt viele scheinbar sa- loppe Ver- dinglichun- gen (Angst = Zeugs; Aus- löser = Din- ge, Anfälle = Sachen).  2. Typus (nicht ganz so deutlich): <u>Konzept: An- fall als un- gewohnte Welt</u> ; ,ich‘ ist stabil, Welt verändert sich.		ein dynami- sches Kon- zept vor (,losgehen‘, ,doller wer- den‘) Her- kunft von in- nen, aber auch von au- ßen ,kom- mend‘; <u>In- konsistenzen</u> .  z.T. führt Körper bei Anfällen ein Eigenleben (76, 225)
Konkrete Be- zeichnungen (,Anfall“ etc.)	viele (,Anfälle‘ ,Auren‘)	auffällig selten „Anfall“ und erst spät im Ge- spräch erwähnt	Begriff „epilep- tische Anfälle“ wird s.i. einge- führt als auszu- schließende Di- agnose, Auf- griffe in medi- zinischem Kon- text oder unter Bezugnahme auf Arzt- Äußerungen	z.T. auffälli- ge (und ,be- mühte‘) Vermeidun- gen des Beg- riffs ,Anfall‘ (z.B. 159); nur 1 x aus- drückliche Erwähnung beim Thema ,erster großer Anfall‘, an- sonsten „blackouts“, „Vorgefühl“	umgeht konkre- te Bezeichnun- gen, z.T. sogar durch Auslas- sungen od. Er- satz durch ,das‘ u. ,es‘, dabei auch grammati- kalische Inkon- sistenzen (12) Auffällig: 4 x Bezeichnung „Anfall“, dafür mit Unsicher- heitsmarkierun- gen oder schnellem Wechsel ins unkonkrete ,das‘ (12, 265)	konkrete Be- zeichnung „Anfall“ nur im Kontext mit ,haben‘
unkonkrete Substitute (,das“, ,es“ etc.)	viele	viele, oft mit unklarer Refe- renz, z.T. Ver- wischungen zw. neutrum und maskulin (211f.)	viele (von vor- neherein als unbestimmt eingeführt)	viele, z.T. mit unklarer Re- ferenz (5)	viele, z.T. mit unklarer Refe- renz	viele, v.a. „das“
<b>REDE- WIEDERGABE:</b>						
mit dem Anfall	nein	nein	nein	nein	nein	nein
mit Anderen	nein	nein	oft	nein	nein	oft
selbstreflexiv	mehrfach	mehrfach	oft	selten	selten	nein