

Linguistisch motiviertes Scoring als Diagnose-Instrument.

Überlegungen anhand eines Anamnesegesprächs mit einer Narkolepsie-Patientin

Birte Schaller/Mia Schürmann/Yvonne Fillies/Joachim Opp

1 Einleitung

Angetrieben von der Idee, dass eine Unterscheidung zwischen epileptischen und dissoziativen Anfällen dadurch möglich sein müsste, dass man genau analysiert, wie die Betroffenen ihre Anfälle schildern, begann seit 1995 eine Arbeitsgruppe um Martin Schöndienst (Epilepsiezentrum Bethel) und Elisabeth Gülich (Lehrstuhl für Sprache und Kommunikation an der Universität Bielefeld) systematische Analysen von Anamnesegesprächen mit Anfallspatientinnen und -patienten.

Im Zuge dieser Arbeiten konnten etliche erkrankungsspezifische, konversationelle Muster und sprachliche Verfahren entdeckt und in verschiedenen Publikationen (Gülich/Schöndienst 1999, Surmann 2002, Gülich 2012) beschrieben werden. Sie werden in der Praxis insbesondere in der Neurologie und Psychotherapie differentialdiagnostisch eingesetzt.

Diese Arbeiten setzen wir in der Bielefelder Arbeitsgruppe „Kommunikation in der Medizin“ unter der Leitung von Barbara Job seit einigen Jahren fort. Wir arbeiten dabei mit einem Kinderarzt und Kinderneurologen aus einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) zusammen, der die überwiegende Zahl der Gespräche führt. Das Korpus von Anamnesegesprächen wurde also um die Gruppe Jugendlicher und Kinder erweitert.

In diesem Beitrag diskutieren wir den eher ungewöhnlichen Fall einer jungen Patientin, die mit Verdacht auf eine Anfallserkrankung im SPZ vorgestellt wird. Worum es sich bei ihrer Erkrankung genau handelt, war weder zum Zeitpunkt des Gesprächs, noch zum Zeitpunkt der ersten Analyse mithilfe des Scorings bekannt. Inzwischen ist gesichert, dass die Patientin

unter einer Unterform einer Narkolepsie leidet. Narkolepsien sind seltene Erkrankungen, bei denen die Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus gestört ist. Die Behandlung mit entsprechenden Medikamenten gegen Narkolepsie ist erfolgreich verlaufen.

Wir haben das Gespräch mit dieser Patientin ausgewählt, um zu ermitteln, ob und inwiefern sich die im Gespräch benutzten sprachlichen Strategien der Kinder und Jugendlichen von denen Erwachsener, die zuerst beschrieben und analysiert wurden, unterscheiden und inwiefern sie in ähnlicher Weise für Differentialdiagnostik einsetzbar sind. Nachdem die medizinische Diagnose der Patientin geklärt war, bot sich zusätzlich die Möglichkeit zu analysieren, welche Ergebnisse das Scoring liefert, wenn es für ein Gespräch angewendet wird, bei dem weder epileptische noch dissoziative Anfälle beschrieben werden, obwohl zum Gesprächszeitpunkt beide Erkrankungen als Ursache für die Symptome in Frage kamen.

Der Text ist daher folgendermaßen gegliedert: Nach einem Kapitel zum Hintergrund der Diagnostik mithilfe sprachlicher Strategien im Bereich neurologische und psychiatrische Erkrankungen stellen wir die Patientin für diese Fallanalyse vor. Anschließend beschreiben wir die Ergebnisse der linguistischen Analyse des Anamnesegesprächs mit dieser Patientin. Im nächsten Kapitel diskutieren wir die Unterschiede in den sprachlichen Strategien der jungen Patientin im Vergleich zu den Beschreibungen der Erwachsenen, auf denen die linguistische Analyse basiert. Wir schlagen einige Anpassungen der Analyse-Kriterien für diese Patient_innengruppe vor. Schließlich diskutieren wir das Ergebnis der Analyse im Hinblick auf die Art der Erkrankung, die im Gespräch beschrieben wird.

2 Linguistische Analyse mittels Scoring

In der Bielefelder Arbeitsgruppe „Kommunikation in der Medizin“¹ gehen wir in mehreren Projekten der Frage nach, wie sich linguistische Merkmale von Gesprächen mit Patient_innen mit bestimmten Erkrankungen dieser Patient_innen in Verbindung bringen lassen. Gülich/Schöndienst (1999) untersuchen seit Mitte der 90er Jahre in mehreren Projekten² die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten einer linguistisch fundierten Analyse von Anfallsbeschreibungen. Dabei liegt der Schwerpunkt auf epileptischen und dissoziativen Anfällen, in Folgeprojekten auch auf Angst- bzw. Panikstörungen

1 <http://www.agmedkomm.de/> (Stand: 18.08.2020).

2 <https://tinyurl.com/EpiLing> und <https://tinyurl.com/AngstProjekt> (Stand: 18..08.2020).

(Job et al. 2020), die ebenfalls anfallsartig auftreten können („Panikattacke“). Im Anschluss an diese Forschung untersuchen wir in aktuellen Projekten und in der Kooperation mit einem Kinderarzt und Kinderneurologen in einem SPZ die Anfallsbeschreibungen von Kindern und Jugendlichen (Opp/Job 2017). Auch das Erkrankungsspektrum wurde ausgedehnt: Neben Patient_innen mit (Verdacht auf) epileptische(n) und dissoziative(n) Anfallserkrankungen untersuchen wir auch Gespräche mit Patient_innen mit Schmerzen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen) (Schürmann in Vorb.), Bewegungsstörungen sowie verschiedenen Formen von Kollaps (Fillies in Vorb.). Dies spiegelt die häufigsten schwerwiegenden Symptome im Kindes- und Jugendalter wider, wegen derer ein SPZ aufgesucht wird. Zudem spielt bei den genannten Symptomen die Unterscheidung in eher körperliche bzw. eher psychische Ursachen eine Rolle, da es jeweils spezifische Störungsbilder gibt, die zwar teilweise sehr ähnliche Symptome hervorrufen, jedoch abhängig von der Ursache grundsätzlich verschieden therapiert werden müssen, analog zur Differentialdiagnostik und Therapie von epileptischen vs. dissoziativen Anfällen.

Wir verfahren bei unserer Arbeit so, dass zunächst in der Klinik durch den beteiligten Arzt Gespräche erhoben werden. Diese werden nach einer Information über das Projekt und das Einholen des Einverständnisses von Kindern und Eltern mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und dann nach Bielefeld übersendet. Dort werden die Daten nach GAT2-Konventionen transkribiert (Selting et al. 2009). Um die Weiterverwendung der Daten auch für Projekte, die nicht mit Gesprächsanalyse arbeiten, zu sichern, erstellen wir mithilfe der Software ExMaraLDA (Schmidt/Wörner 2014) zeitalinierte Transkripte im Partiturformat. Eine weitere Bearbeitung der Gespräche z.B. durch händische oder automatische Annotation ist damit möglich. Die transkribierten Daten werden dann zunächst durch den Arzt einem Sub-Korpus zugeteilt (Anfallskorpus, Bauchschmerz-Korpus, Kollaps-Korpus usw.). Unabhängig davon dokumentieren wir die diagnostizierten Erkrankungen bzw. Änderungen der Diagnose im Verlauf des Aufenthalts der Patient_innen im SPZ. Teils in Datensitzungen, teils in einzelnen Projekten werden die Daten dann gesprächsanalytisch untersucht. Außerdem wenden wir, insbesondere für die Gespräche im Anfallskorpus, eine sogenannte Scoring-Tabelle an, die auf den Arbeiten von Reuber et al. (2009) aufbaut. Dabei handelt es sich um eine Anleitung zur qualitativen Analyse, die auf der Basis der Ergebnisse des von Gülich und Schöndienst geleiteten Projekts entwickelt wurde (vgl. auch Knerich/Opp 2019). Übergeordnetes Ziel des Projekts ist es, die Scoring-Tabelle auf ihre Eignung für die Diagnostik von Kindern und Jugendlichen zu überprüfen bzw. sie für diesen Einsatz anzupassen und weiterzuentwickeln.

Das Scoring besteht aus insgesamt 17 Items, die auf einer dreistufigen Skala eingeschätzt werden. Dabei bedeutet „+1“, dass es sich um ein Phänomen handelt, das eher bei Patient_innen mit Epilepsie zu beobachten ist. „-1“ zeigt an, dass diese sprachliche Strategie eher von Patient_innen mit dissoziativen Anfällen verwendet wird. Da viele Verhaltensweisen bei beiden Gruppen zu beobachten sind oder in gemäßigter Form auftreten können, gibt es auch den Skaleneckpunkt „0“. Falls in einem Gespräch nur sprachliche Strategien verwendet werden, die auf eine epileptische Erkrankung hindeuten, ergibt das Scoring maximal 17 Punkte. Ergibt das Scoring -17 Punkte, sind nur Strategien zu beobachten, die typisch für Patient_innen mit dissoziativen Anfällen sind. Ein Wert nahe 0 bedeutet, dass kein eindeutiges Scoring-Ergebnis vorliegt, die Analyse des Gesprächsverhaltens der Patient_innen also keinen Beitrag zur Differentialdiagnostik liefern kann.

Es werden insgesamt drei Kategorien betrachtet: interaktive („interactional features“), thematische („topical features“) sowie linguistische Merkmale („linguistic features“, Reuber et al. 2009, Anhang). Bei den interaktiven Merkmalen wird eingeschätzt, inwiefern die Patient_innen selbstinitiiert auf verschiedene Aspekte der Anfälle zu sprechen kommen, z.B. ob sie von sich aus Symptome des Anfalls thematisieren, außerdem äußere Umstände und Konsequenzen des Anfalls oder Anfallsunterbrechungsstrategien. Eine weitere wichtige Rolle spielen die Beschreibungen von Bewusstseinslücken im Anfall bzw. Phasen der eingeschränkten Selbstverfügbarkeit sowie das Beschreiben einzelner Episoden im Gegensatz zu „den Anfällen“ als immer gleiche Ereignisse. Patient_innen mit dissoziativen Anfällen beschreiben eher Umstände oder Folgen der Anfälle bzw. der Erkrankung und haben Mühe, auch nach Aufforderung durch den Arzt, spezifische Symptome der Anfälle zu beschreiben. Patient_innen mit Epilepsie haben zwar auch Mühe, die äußerst ungewöhnlichen Sinneseindrücke und Empfindungen zu beschreiben, die verschiedene epileptische Anfälle und Auren auslösen können, sie bemühen sich jedoch stärker selbstinitiiert darum, dem Gegenüber ein detailliertes Bild des Anfalls zu vermitteln (Schöndienst 2017). Diese Aspekte zählen zu den thematischen Merkmalen. Die linguistischen Merkmale umfassen die Benutzung von Metaphern für das Anfallsgeschehen oder die Erkrankung, die Verwendung von Negationen, und die im Gespräch erkennbare Formulierungsarbeit, die die Patientinnen und Patienten zeigen. Dazu gehören Mittel wie Abbrüche und Neustarts, Selbstkorrekturen, Verzögerungssignale wie gefüllte und ungefüllte Pausen etc. Der Übersichtlichkeit halber sind am Ende dieses Artikels alle Items einmal aufgelistet, so wie sie auch im Original von Reuber et al. (2009) zu finden sind.

Nach der Darstellung der Fallvignette im nächsten Kapitel folgt anschließend die genauere Betrachtung des Scoring-Ergebnisses für die Patientin S.

3 Die Erkrankung Narkolepsie und Fallvignette der Patientin S.

Narkolepsie ist eine Erkrankung des zentralen Nervensystems, bei der der Schlaf-Wach-Rhythmus gestört ist. Im Volksmund wird diese Erkrankungsgruppe daher auch als „Schlafkrankheit“ bezeichnet (Hackenberg, 2019). Am bekanntesten ist wahrscheinlich die Kataplexie, bei der die Patient_innen mehrfach am Tag der plötzliche, unüberwindliche Drang befällt, einzuschlafen. Hierbei verlieren die Patient_innen auch – ebenso wie beim Einschlafen – die Kontrolle über ihren Körper, die Muskelspannung lässt nach, sie sinken in sich zusammen. Es gibt aber auch Fälle, bei denen die Schlafattacken so kurz sind, dass die Patient_innen nur kurz in sich zusammensinken, ohne das Bewusstsein zu verlieren. Da die Frage, in welchen Situationen man in den „Sekundenschlaf“ sinkt, sehr davon abhängt, in welchem Erregungs- und Wachheitszustand man gerade ist, wird bei den Erkrankten sehr oft zunächst eine psychiatrische Ursache vermutet. Sehr wichtig ist die Abgrenzung zur Epilepsie, da die Medikamente, die bei der Narkolepsie zum Einsatz kommen, gänzlich andere sind, als die Medikamente, die bei Epilepsie wirksam sind.

Die Ursache der Narkolepsie ist in den letzten Jahren immer besser verstanden worden. Bei den meisten Erkrankten kann eine Störung im sogenannten Orexin-/Hypocretin-System zugrunde liegen.

Die Patientin S. war zum Zeitpunkt des Interview 7;2 Jahre alt. Den Eltern war aufgefallen, dass sie beim Gehen immer wieder kurz in sich zusammensackte. Es erfolgte zunächst die stationäre Abklärung im akademischen Lehrkrankenhaus vor Ort. Als dort keine Ursache gefunden werden konnte, erfolgte die Vorstellung an der Kinderneurologie einer Universitätsklinik. Umfangreiche Untersuchungen, insbesondere in Richtung Epilepsie, blieben ohne Hinweis auf die Ursache der Anfälle.

Da aus Sicht der Eltern die Frage, ob hinter den Zuständen eine psychische Ursache stecken könnte, nicht ausreichend bedacht wurde, suchten sie nach Diagnostikmöglichkeiten in dieser Richtung. Sie hörten über einen befreundeten Arzt von unserem Forschungsprojekt und stellten ihre Tochter in dem SPZ vor, das mit der Bielefelder Arbeitsgruppe zusammenarbeitet. Dort führte ein Kinderneurologe mit der Patientin ein Gespräch gemäß dem Gesprächsleitfaden der Bielefelder Arbeitsgruppe. Dieser beinhaltet den Einstieg mit einer thematisch offenen Frage nach dem Anlass des Gesprächs aus Sicht der Patient_innen und das Nachfragen des ersten, letzten bzw. schlimmsten

Anfalls oder Ereignisses im Zusammenhang mit der Erkrankung sowie eine anschließende Sozialanamnese.

Hier schildert nun der Arzt seinen Eindruck von der Patientin und des Gesprächs insgesamt: S. wirkte schon auf dem Weg vom Wartezimmer zum Arztzimmer aufgeregt, da sie vom Vater gehört hatte, dass sie allein mit dem Arzt sprechen soll. Sie zeigte ein etwas unsicheres, leicht breitbasiges Gangbild, schien manchmal wegzuknicken, drohte aber nie zu stürzen. Neben der Untersuchungsfläche stehend war es ihr lieber, sich anzulehnen. Sie zeigte unvermittelt eine deutliche Erschlaffung der Gesichtsmuskulatur und einen dadurch veränderten Gesichtsausdruck und warf den Kopf leicht in den Nacken. Obwohl ihr die Zunge fast aus dem Mund zu fallen schien, konnte sie sich gut und deutlich artikulieren, der Stimme war nichts anzumerken. Manchmal hingen beide Augenlider kurz herab. Nachdem S. sich schnell darauf einließ, dass der Vater den Raum verließ, wollte sie etwas malen. Sie malte rechtshändig mit schneller und geübter Stiftführung eine große Blume. Die neurologische Symptomatik war nicht mehr erkennbar. Im Verlauf des Gesprächs zog sie es vor, während des Sprechens umherzulaufen. S. war freundlich und aufgeschlossen im Kontakt, sie wirkte nicht ängstlich. In ihren Beschreibungen war sie adäquat kindlich ohne erkennbare Tendenz zu dramatisieren.

Dieser ärztlichen Einschätzung wird nun die linguistische Analyse zur Seite gestellt.

4 Scoring für Patientin S.

Im folgenden Abschnitt stellen wir die Ergebnisse unserer linguistischen Fallanalyse des Gesprächs mit dieser Patientin vor. Hierzu haben die drei Autorinnen des Artikels unabhängig voneinander das Gespräch anhand eines GAT-Basis-Transkriptes und der Audio-Datei mithilfe der eingangs erläuterten Scoring-Tabelle analysiert. Anschließend haben wir unsere Bewertungen zusammengetragen und diskutiert.

Item	Ergebnisse der drei Scorings
01 Einstieg	0/0/0
02 Beschreibung Symptome	0/0/-1
03 Anfallsunterbrechung	0/0/0
04 Lücke	n/n/n
05 Lücke elaborieren	n/n/n

06 Episodenbeschreibung	+1/0/0
07 Anfallserleben	-1/-1/-1
08 Gewichtung Erleben	-1/-1/-1
09 Gewichtung Lücke	n/n/n
10 Konturierung Lücke	n/n/n
11 Rekonstruktion Lücke	n/n/n
12 Formulierungsaufwand allgemein	-1/-1/-1
13 Negationen	+1/+1/+1
14 Formulierungsaufwand Lücke	n/n/n
15 Kohärenz Metaphern	n/n/n
16 Metapher „von außen“	n/n/n
17 Metapher „Kampf, Anstrengung“	n/n/n

Tabelle 1: Überblick Scoring; n: nicht bewertbares Item

Insgesamt zeigt das Scoring ein Ergebnis nahe null und zwar insbesondere vor dem Hintergrund, dass über die Hälfte der Items nicht bewertbar war (4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 16, 17). Drei Items (7, 8, 12) zeigen bei allen Bewerterinnen in Richtung einer dissoziativen Genese des Anfallsleidens. Ein Item (13) wurde von allen als epilepsie-typisch eingeschätzt. Zwei Items (1, 3) wurden mit null bewertet, beschreiben also ein Gesprächsverhalten, dass sowohl bei Epilepsie als auch bei dissoziativen Anfällen vorkommen kann. Bei zwei Items waren sich die Bewerterinnen nicht einig (2, 6).

Im Folgenden sollen nun zunächst die nicht bewertbaren Items näher beschrieben werden, um zu verdeutlichen, wie es zu der Nichtbewertbarkeit kam. Anschließend werden die übereinstimmend bewerteten Items und schließlich die Items mit unterschiedlicher Bewertung erläutert.

Wie erwähnt, kamen alle drei Linguistinnen zu dem Ergebnis, dass über die Hälfte der Items des Scorings bei dem Gespräch mit Patientin S. nicht auswertbar war. Dies hat vor allem zwei Ursachen: die Art der vorliegenden Erkrankung und das Alter der Patientin. Die Items 4, 5, 9, 10, 11 und 14 bewerten, wie die Patient_innen speziell die Bewusstseinslücke beschreiben, die bei epileptischen Anfällen meist und bei dissoziativen Anfällen immer auftritt. Auch die typische Narkolepsie geht mit einer ausgeprägten Phase der eingeschränkten Selbstverfügbarkeit einher, dem Schlaf. Patientin S. erleidet aber

keine solche gravierende Bewusstseinsveränderung: Ihr Anfallsgeschehen ist äußerst kurz (wenige Sekunden) und äußert sich hauptsächlich im Erschlaffen von Muskeln in den Beinen und im Gesicht. Die Patientin und der Arzt greifen daher im Gespräch auf Verben zurück wie „umkippen“ und „wegknicken“ und stellen somit den Kontrollverlust der Patientin über ihre Beine in den Fokus. Deutlich wird dieser Aspekt in folgendem Transkriptausschnitt vom Beginn des Transkripts:

Ausschnitt 1: Minute 01:33, P = Patientin, A = Arzt

0052 (1.5) was (-) was is denn nICH gesund,
 0053 P: (2.1) <<p> ich fall immer U:M;>
 0054 A: (-) hm_HM,
 0055 (1.3) du fällst immer UM?
 0056 P: (2.5) <dim> papa/ (-) er sagt dass_ich
 immer (Umkippe);>
 0057 ((dumpfes Klopfen 0.9 Sek)) [((dumpfes
 Klopfen))]
 0058 A: [STIMMT das
 denn?]
 0059 P: <<klopfend> jA. (1.8) aber ich
 will_s nich mehr HAben;
 0060 <<hoch/ klopfend> ich darf nicht in die
 SCHULE wenn ich/ (.) wenn ich die ganze
 zeit wegknicke->
 ((kurze Auslassung, Thema Schule))
 0065 A: (4.2) <<p> HM_hm;>
 0066 (0.4) und/ und/ und WER sagt dass du
wEgknickst-
 0067 P: (1.3) einfach mal SO::;
 0068 A: (--) hm_HM,

Nachdem die Patientin das Problem zunächst mit „umfallen“ (Z.57) benannt hat, wiederholt der Arzt diese Bezeichnung in seinem Folgeturn. Anschließend nutzt die Patientin durch erzählte Rede des Vaters die Formulierung „umkippen“ (Z. 56), um nur zwei Turns später das Verb „wegknicken“ zu verwenden. Nach einer kurzen Episode zum Thema Schulbesuch greift der Arzt diese Formulierung wieder auf („wer sagt dass du wegknickst?“, Z. 66), an die sich dann auch eine körperlich-gestische Darstellung des „Wegknickens“ anschließt. Im weiteren Verlauf des Gesprächs bleiben beide überwiegend beim „Wegknicken“ als Begriff für das Anfallsgeschehen. Es werden keine weiteren Symptome oder Empfindungen seitens der Patientin beschrieben.

Auf Grund der kurzen Dauer des „Wegknickens“ ist keine Verlaufsbeschreibung des Anfallsgeschehens zu erwarten, es gibt kein „Abtauchen“ in den und „Wiederauftauchen“ aus dem Anfall, was eine Konturierung der Bewusstseinslücke für die Patientin erst ermöglichen würde. Patient_innen mit Epilepsie bemühen sich an dieser Stelle um eine möglichst genaue Rekonstruktion dessen, was sie noch wissen oder wahrgenommen haben, bevor der Anfall passierte, sowie dessen, was das Erste war, nachdem sie wieder zu sich gekommen sind. Sie versuchen, den Zeitraum dazwischen mit Zeugenaussagen zu füllen oder logisch zu erschließen und bemühen sich im Allgemeinen erfolgreich, ein kohärentes Bild eines Anfallsablaufs zu erzeugen.

Mit den Items 15, 16 und 17 wird bewertet, welches metaphorische Konzept von Anfall im Gespräch deutlich wird. Dass der Aspekt des Metapherngebrauchs in der Unterscheidung von epileptischen und dissoziativen Anfallschilderungen bei Erwachsenen eine wichtige Rolle spielt, konnte Surmann (2005) in seiner Dissertation zeigen. Vereinfacht ausgedrückt (für eine exzellente Darstellung der Problematik empfehlen wir, Surmann [2005] zu lesen) neigen Epilepsie-Patient_innen dazu, den Anfall als externe, bedrohlich handelnde Entität zu konzeptualisieren sowie Metaphern von Kampf und Anstrengung zu verwenden, wohingegen Patient_innen mit dissoziativen Anfällen dies nicht tun. Da die Patientin S. keinerlei Metaphorik für ihre Symptomatik verwendet, konnten diese Items ebenfalls nicht bewertet werden.

Im Folgenden gehen wir nun auf die übereinstimmend bewerteten Items ein (7, 8, 12, 13).

Drei der bewertbaren Items zeigen in Richtung einer für psychogene Anfälle typischen Beschreibung. In den beiden Items 7 (Anfallserleben) und 8 (Gewichtung Erleben) wird die Beschreibung des Anfallserlebens näher betrachtet und beurteilt, als wie relevant die Patient_innen die tatsächlichen Anfallssymptome im Vergleich zu den Umständen und Folgen der Anfälle darstellen. Die Bewertung in Richtung dissoziativer Anfälle ergibt sich hier daraus, dass die Patientin fast ausnahmslos und sehr detailliert die Episoden beschreibt, in denen ihr „Umknicken“ stattfindet. Sie spricht weniger darüber, wie das „Umknicken“ genau passiert, wie sie es empfindet, ob es sie einschränkt. Dazu ein Auszug aus dem Transkript:

Ausschnitt 2: Minute 06:44

0140 P: <<undeutlich> also gestern is es
passIERT;>

0141 A: (--) WAS war gestern?

0142 P: (-) gEstern ist_es passIERT; (-)

0143 ((Geräusche 1.4 Sek))

0144 A: äh (bei) WAS is das passiert gestern,

0145 P: (0.8) <<undeutlich> ich bin
wEggknickt;>

0146 A: jA (auf einmal);

0147 was WAR da dort?

0148 P: (---) <<p> hm:->

0149 (---) also (-) ich hab (.) !SO!
gemacht;

0150 (--) <<hoch> und dAnn bin ich
WEItergelaufen;,>

0151 A: ah das war beim l!AU!fen;

0152 P: (-) jA:;

0153 das kommt immer beim LAUFen;

0154 A: <<nasal> aha,>

0155 <<all> wo seid_ihr denn HINGelaufen,>

0156 P: (2.3) a:lso wir war/ (.) wir sIND
0.9) ähm:(1.5) °h also vOrgestern
warn wir im SCHWIMMbad,

0157 A: (.) hm_HM,=

0158 P: =und dann (.) es das (.) AUch einmal
passIERT,

0159 (-) aber mama hat_s nicht geseH:N,

0160 (2.2) u:n:d äh:m (-) dann bin ich
RUTschen gegangen,

((weitere Detaillierung der Schwimmbad-Episode))

Das Item 12 bezieht sich darauf, welchen Formulierungsaufwand die Patient_innen betreiben, wenn sie versuchen, das Anfallsgeschehen zu erläutern. Patient_innen mit Epilepsie neigen dazu, unter großen Anstrengungen, d.h. mit vielen Neustarts, mit Pausen, Hesitationen, vagen Ausdrücken und meta-kommunikativen Ausdrücken die Schwerbeschreibbarkeit der ungewöhnlichen Empfindungen epileptischer Anfälle zu schildern. Dabei schildern sie, dass die Empfindungen nicht oder nur sehr schwer zu beschreiben sind, bemühen sich aber trotzdem oft wortreich darum (Gülich/Furchner 2002, Gülich 2005). Patient_innen mit dissoziativen Anfällen neigen eher dazu, die Anfälle ohne

solchen Formulierungsaufwand und oft in kurzen, recht generellen Äußerungen mit Fokus auf die Bewusstseinslücke zu schildern („und dann bin ich weg“). Wie im Transkriptausschnitt zuvor erkennbar, zeigt die Patientin S. bis auf einige gefüllte Pausen und Neustarts keinen Formulierungsaufwand, ihre Äußerungen auf das Anfallsgeschehen bezogen sind kurz und erfolgen rasch und flüssig. Der Formulierungsaufwand lässt sich eher mit der noch in der Entwicklung befindlichen Erzählkompetenz (Hausendorf/Quasthoff 2005) erklären als mit Schwierigkeiten, das Anfallserleben zu beschreiben. Daher muss hier eine Bewertung mit -1 erfolgen.

Das letzte Item des Scorings, bei dem sich alle Bewerterinnen einig waren, ist Item 13. Hier werden die im Gespräch verwendeten Negationen genauer betrachtet. Bewertet wird hier, inwiefern die Patient_innen im Gespräch auf holistische Negationen zurückgreifen, um ihr Anfallserleben zu beschreiben. Patient_innen mit epileptischen Anfällen benutzen Negationen meist im Kontext von Handlungen, Empfindungen etc., die nicht mehr möglich sind. Da die Patientin S. nur Negationen im Kontext von solchen Beschreibungen nutzt, und keine holistischen Negationen verwendet, wird dieses Item mit +1 bewertet.

Bei zwei der zu bewertenden Items waren sich die Bewerterinnen nicht einig. Zunächst soll Item 2, das die Beschreibung der Symptome an sich fokussiert, erläutert werden. Bewertet wird bei diesem Merkmal zur Interaktion, inwiefern die Patient_innen selbst auf die Beschreibung der Symptome im Gespräch fokussieren, nachdem das Gespräch begonnen hat. Beginnen die Patient_innen selbst damit, die Empfindungen und Erlebnisse, die ihre Anfälle ausmachen, zu beschreiben, deutet das eher auf epileptische Anfälle hin und wird mit +1 bewertet. Wenn die Patient_innen auf Nachfrage des Arztes hier Auskunft geben, entspricht das der Bewertung mit 0. Dieser Bewertung haben sich zwei der Bewerterinnen angeschlossen. Eine Bewerterin entschied sich für den Wert -1, der vergeben wird, wenn auch auf Nachfrage keine Symptome beschrieben werden. Um beide Beurteilungen nachvollziehbar zu machen, sei hier noch einmal ein Transkriptausschnitt präsentiert, der vom Beginn des Gespräches stammt:

Ausschnitt 3: Minute 01:43

- 0056 P: (2.5) <dim> papa/ (-) er sagt dass_ich
immer (Umkippe);>
- 0057 ((dumpfes Klopfen 0.9 Sek)) [((dumpfes
Klopfen))]
- 0058 A: [STIMMT das
denn?]
- 0059 P: <<klopfend> jA. (1.8) aber ich
will_s nich mehr HABen;
- 0060 <<hoch/ klopfend> ich darf nicht in die
SCHUle wenn ich/ (.) wenn ich die ganze
zeit wegknicke->
- 0061 ((dumpfes Klopfen 0.7 Sek)) (-) <<hoch /
all> aber ich will wieder in die SCHULE>
t_h°/ in zwei tagen ist wieder SCHU:le;
- 0062 (1.7) <<hoch> und dann muss_ich ja für
die (.) neuen ERSTklässler> vo:rsi:ngen;
- 0063 (0.9) und da MUSS_ich eigentlich in die
schule;
- 0064 A: (4.5) DAS stimmt;
- 0065 (4.2) <<p> HM_hm;>

Deutlich wird hier, wie für die Patientin das Anfallsgeschehen offenbar abschließend erläutert ist mit der Aussage des Vaters, „sie kippe immer um“. Besonders belastend sind für die Patientin die daraus erwachsenden Folgen: die anhaltende Schulabsenz und die daraus entstehenden negativen sozialen Folgen, wie das verpasste Chor-Konzert, das später noch in Verbindung mit der möglicherweise enttäuschten Lehrerin gebracht wird. Der Arzt fokussiert im weiteren Verlauf noch mehrfach das Anfallsgeschehen, doch nach wenigen Äußerungen kommt die Patientin wieder auf die Umstände und Folgen dieser Ereignisse zu sprechen. Die Bewertung mit 0 ist hier gerechtfertigt, da die Patientin keinerlei Widerstand gegen die Fokussierung des Anfallsgeschehens leistet und dem Arzt hier thematisch folgt. Gleichzeitig schildert sie aber auch nach Aufforderung keine näheren Symptome, sodass hier im Grunde beide Bewertungen, 0 und -1 gerechtfertigt sind.

Das letzte zu diskutierende Item ist Item 6. Hier geht es um die Strategien der Patient_innen, einzelne Episoden zur Beschreibung ihrer Anfälle zu fokussieren, oder eher holistisch zu beschreiben, wie die Anfälle wiederholt erlebt werden. Zwei der Bewerterinnen entschieden sich für die Bewertung 0, was bedeutet, dass aus der Erzählung der Patient_innen heraus die einzelnen Anfallsepisoden sowohl für die Patient_innen als auch für die Gesprächspartner_innen kaum

unterscheidbar sind. Da es sich um viele, häufige und kurze Anfälle bei der Patientin S. handelt, liegt eine gewisse Schwierigkeit in der Unterscheidbarkeit einzelner Anfälle nahe. Gleichzeitig ist die Patientin S. sehr wohl bereit und in der Lage, auf einzelne Situationen, in denen das Anfallsgeschehen aufgetreten ist, zu fokussieren und diese detailliert zu beschreiben. Daher ist die Bewertung mit +1 ebenfalls plausibel.

Das insgesamt wenig aussagekräftige Ergebnis von -1 bis -3 Punkten von 8 bewertbaren Items (je nach Bewerterin) ließ sowohl die Linguistinnen als auch den (mit)behandelnden Arzt, der das Gespräch geführt hat, mit dem Eindruck zurück, dass es sich bei der Erkrankung der Patientin S. vermutlich weder um eine epileptische noch um eine dissoziative Erkrankung handelt. Durch einen entsprechenden Hinweis des interviewenden Arztes, der sie im Gespräch beobachten konnte und dabei auch Episoden des „Umknickens“ bzw. Erschlaffens der Gesichtsmuskulatur miterlebte, konnte die weiterführende Diagnostik in Richtung Narkolepsie als mögliche Ursache betrieben werden, die schließlich zur erfolgreichen Behandlung der Patientin S. führte.

Im Folgenden gehen wir darauf ein, welche Erfahrungen wir mit dem in doppelter Hinsicht „nicht passenden“ Scoring gemacht haben und wie das Scoring weiterentwickelt werden könnte, um auch für jüngere Patient_innengruppen sowie möglicherweise andere (aber ähnliche) Erkrankungen außer Epilepsie und dissoziativen Anfallserkrankungen anwendbar zu sein. Wir diskutieren also die Frage nach der linguistisch informierten Diagnostik in der Medizin etwas breiter.

5 Linguistisches Scoring als Diagnose-Instrument – Aussichten

Das ursprüngliche, von Reuber et al. (2009) publizierte Scoring basiert auf Analysen von Gesprächen mit erwachsenen Anfallspatient_innen, und überwiegend solchen, die schon längere Zeit erkrankt waren und daher ein Spezialzentrum zur gezielteren Diagnostik aufgesucht haben.

Kinder und Jugendliche haben zunächst meistens eine kürzere Erkrankungsdauer und damit verbunden weniger einzelne Anfälle erfahren als erwachsene Anfallspatient_innen. Dadurch haben sie auch weniger Gelegenheit, die Darstellung von Symptomen und Abläufen der Anfälle verbal zu beschreiben, was sich z.B. auf die Bildung metaphorischer Konzepte auswirkt. Nach einer Studie von Vogt und Indefrey (2017) findet im Alter von 6 bis 14 Jahren eine enorme Entwicklung in der Metaphernkompetenz statt. Es ist daher davon auszugehen, dass Kinder und Jugendliche in Bezug auf ihre Metaphernverwendung nicht mit Erwachsenen vergleichbar sind. Unsere bisherigen Analysen des

Korpus bestätigen dies. Metaphern werden nur selten von den Patient_innen verwendet und wenn, dann von den älteren Jugendlichen. Auch wenn Kinder (in unterschiedlichem Maße) in der Lage sind, wörtlichen von nicht-wörtlichem Sprachgebrauch zu unterscheiden, so braucht es doch offensichtlich noch einige sprachliche Entwicklungsschritte mehr, um auch selbst aktiv metaphorische Konzepte zur Beschreibung von Erlebnissen zu verwenden.

Ein weiterer Aspekt, der insbesondere in unserer Fallstudie deutlich wurde, ist, dass die Patientin hier auf multimodale Ressourcen zurückgreift, um ihr Anfallserleben „darzustellen“. Das körpersprachliche Verhalten der Patientin S. kann im Transkript nur anhand von Beschreibungen des Arztes abgeleitet werden: „du sagst, du kippst manchmal weg und dann hast du so vorgemacht, wie du ein bisschen mit dem Bauch wackelst und mit dem Oberkörper so nach vorne oder hinten gehst.“ (Z. 94 ff.). Auch ihre Äußerung „das ist so“ (Z. 97 ff.) begleitet sie mit einer Bewegung, die der Arzt anschließend beschreibt mit: „in die Knie gehst du auch“. Das Beispiel zeigt, wie die Patientin S. und der Arzt gemeinsam dem Anfall eine Gestalt geben. Da das Scoring aber auf eine verbale Detaillierung des Anfallsgeschehens ausgelegt ist, konnten die zahlreichen körperlich-gestischen Bemühungen zur Verdeutlichung der Anfälle nicht berücksichtigt werden. Dies trägt sicherlich zu einer Verschiebung des Scorings bei und zwar eher in Richtung dissoziativer Anfälle, weil die verbalen Detaillierungen und Bemühungen zur Beschreibung zu fehlen scheinen.

Es lässt sich weiterhin festhalten, dass das Scoring problematisch ist in allen Fällen, in denen die zugrunde liegende Anfallserkrankung keine gravierenden Bewusstseinslücken im Anfall verursacht, da dann sechs der 17 Items nicht mehr bewertbar sind. Dies war auch bei Patientin S. der Fall. Für die Anwendung in der Praxis bedeutet dies, dass bei Anfallserkrankungen ohne Bewusstseinslücke nur ein Teil der Items aussagekräftig ist. Für unsere Forschung im Bereich der linguistisch gestützten Diagnostik heißt das, weiter nach Strategien in der Behandlung von Patient_innen mit anderen Anfallserkrankungen zu forschen. In Vorbereitung ist eine Analyse von Gesprächen mit Kindern und Jugendlichen über (zum Teil anfallsartig auftretende) Bauchschmerzen (Schürmann in Vorb.). Weitere Projekte zu anderen Erkrankungen sind in Planung.

Schließlich sollte über das Item zum Formulierungsaufwand weiter geforscht werden. Hier zeigt sich, dass es mehrere Gründe für das Fehlen von Formulierungsaufwand bei der Beschreibung von Symptomen geben kann. Im vorliegenden Fall liegt es eher an der Art des Anfallsgeschehens (sehr kurz, ohne Verlauf, ohne Bewusstseinstrübung) und weniger an der Ursache der Erkrankung. Die Zeichen von Formulierungsaufwand, die feststellbar sind, lassen sich auf die noch in der Entwicklung befindliche Kompetenz der jungen

Patientin zum komplexen Erzählen zurückführen. Weitere, auch vergleichende Studien zu Krankheitserzählungen von Kindern und Jugendlichen (vgl. Schwabe 2006a) wären hier wünschenswert.

7 Fazit

Für die Unterscheidung von epileptischen und dissoziativen Anfällen ist die linguistische Auswertung von Arzt-Patient-Gesprächen ein mittlerweile etabliertes und belegtes Verfahren. Wir haben in unserem Fallbeispiel den Versuch unternommen, dieses Verfahren auch bei einem Gespräch mit einer Patientin anzuwenden, die von einer Narkolepsie betroffen ist. Die Narkolepsie ist eine seltene Erkrankung in der Steuerung des Schlaf-Wach-Rhythmus und führt im vorliegenden Fall auch zu anfallsartigen Symptomen. Es zeigte sich (wenig überraschend), dass das standardisierte Scoring, das zur Unterscheidung epileptischer und dissoziativer Anfälle entwickelt wurde, kein klares Ergebnis liefert. Zudem konnten wir einige Punkte aufzeigen, an denen das Scoring für die jüngere Patient_innengruppe angepasst werden kann.

Für den Arzt, der anhand seines Gespräches zunächst entscheiden muss, ob er die weitere Diagnostik eher in Richtung einer psychischen oder einer organischen Erkrankung lenken soll, liefert die linguistische Analyse aber ein eindeutiges Ergebnis: Das intensive Nachfragen des Arztes zum Anfallsablauf und zum Anfallserleben führt dazu, dass die Patientin darum ringt, ihr Erleben nachvollziehbar zu machen. Sie setzt hier auch Gesten ein. Letztlich gelingt es der Patientin und dem Arzt ein gemeinsames Bild zu bekommen. Diese Punkte sprechen klar gegen eine psychische und für eine neurologische Erkrankung: Bei der Epilepsie, ebenso wie bei unserer Narkolepsie-Patientin, ist die Reaktion darauf, dass der Körper Symptome produziert, die bis dato unerklärt sind, eine Irritation und erzeugt ein Mitteilungsbedürfnis.

Des Weiteren bleibt zu erforschen, inwiefern sich die linguistisch gestützte Diagnostik grundsätzlich auf andere Erkrankungen übertragen ließe. Schwierig ist hierbei, dass es nur wenige Krankheiten gibt, die sich so einander gegenüberstehen wie die Epilepsie und die dissoziativen Anfälle.

Schließlich möchten wir noch betonen, dass die für unser Projekt durchgeführte Fall-Analyse eine Gelegenheit bot, ohne den sonst leider oft üblichen Zeitdruck mit der Patientin ins Gespräch zu kommen. Zusätzlich werden die Gespräche für unser Korpus stets ohne die Eltern oder Erziehungsberechtigten geführt (zur Agency in triadischen Gesprächen mit Kindern und Jugendlichen vgl. Schwabe 2006b). Wir plädieren dafür, dass alle Kinder und Jugendlichen bei der medizinischen Diagnostik in dieser Weise zu Wort kommen können.

Literatur

- Bruner, J. S. (1978). The Role of Dialogue in Language Acquisition. In: Sinclair, Anne/ Jarvelle, Robert J./Levelt, Willem J.M. (Eds.). *The Child's Concept of Language*. New York: Springer-Verlag, 241–256.
- Dausendschön-Gay, Ulrich/Gülich, Elisabeth/Krafft, Ulrich (2015). *Ko-Konstruktionen in der Interaktion: Die gemeinsame Arbeit an Äußerungen und anderen sozialen Ereignissen*. Bielefeld: transcript.
- Fillies, Yvonne (in Vorb.). *Sprechen über Kollaps*. Dissertation. Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft. Universität Bielefeld.
- Frank-Job, Barbara/Knerich, Heike/Opp, Joachim (2020). Interaktive Verfahren beim Sprechen über Angst in Anamnesegesprächen mit jugendlichen Patienten. In: Frank-Job, Barbara/Michael, Joachim (Hrsg.). *Angstsprachen. Interdisziplinäre Zugänge zur kommunikativen Auseinandersetzung mit Angst*. Wiesbaden: Springer VS Research – Soziologie, 169–187.
- Furchner, Ingrid (2002). „keine absence gleicht der anderen“: Die Darstellung von Bewusstseinslücken in Anfallsbeschreibungen. In: Brünner, Gisela/Gülich, Elisabeth (Hrsg.). *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*. Bielefeld: Aisthesis, 121–159.
- Gülich, Elisabeth (2012). Conversation analysis as a new approach to the differential diagnosis of epileptic and non-epileptic seizure disorders. In: Deppermann, Arnulf/Egbert, Maria (Hrsg.). *Hearing Aids communication*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 146–158.
- Gülich, Elisabeth (2005). Unbeschreibbarkeit: Rhetorischer Topos – Gattungsmerkmal – Formulierungsressource. In: *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 6, 222–244. www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/dateien/heft2005/ga-guelich.pdf
- Gülich, Elisabeth (2002). Die Beschreibung von Unbeschreibbarem: Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken (zus. mit Ingrid Furchner). In: Keim, Inken/Schütte, Wilfried (Hrsg.). *Soziale Welten und kommunikative Stile. Festschrift für Werner Kallmeyer zum 60. Geburtstag*. Tübingen: Narr, 161–186.
- Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin (2000). *Ansätze zu einer linguistischen Differentialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen. Methodologie und Anwendungsperspektiven*. Vortragsmanuskript. Abrufbar unter: www.uni-bielefeld.de/lili/forschung/projekte/epiling/Publikationen/Differentialtypologie.pdf (Stand: 18.08.2020)
- Gülich, Elisabeth/Schöndienst, Martin (1999). „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. *Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Pati-*

- enten: differenzialdiagnostische und therapeutische Aspekte. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 1, 199–227.
- Hackenberg, Annette (2019). Immer müde – Narkolepsie und Hypersonie. *Kinder und Jugendmedizin*. 19. 200–205.
- Hausendorf, Heiko/Quasthoff, Uta M. (2005). *Sprachentwicklung und Interaktion: Eine linguistische Studie zum Erwerb von Diskursfähigkeiten*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Knerich, Heike/Opp, Joachim (2019). Medizinische und gesprächslinguistische Perspektiven auf Arzt-Patient-Gespräche mit Kindern und Jugendlichen. Vortrag auf der Tagung Linguistik und Medizin – Sprachwissenschaftliche Zugänge und interdisziplinäre Perspektiven, 27. –29. März 2019, Universität Paderborn.
- Opp, Joachim/Frank-Job, Barbara (2017). Hypothesen zur Genese dissoziativer Anfälle anhand der Anfallsschilderungen. *Zeitschrift für Epileptologie* 30 (1), 34–38.
- Reuber, Markus/Monzoni, Chiara/Sharrack, Basil/Plug, Leendert (2009). Using interactional and linguistic analysis to distinguish between epileptic and psychogenic nonepileptic seizures: A prospective, blinded multirater study. *Epilepsy & Behavior* 16, 139–144.
- Schmidt, Thomas/Wörner, Kai (2014). „EXMARaLDA“. In: *Handbook on Corpus Phonology*. Oxford University Press. 402–419.
- Schöndienst, Martin (2017). Zur differenzialdiagnostischen und -therapeutischen Bedeutung diskursiver Stile bei dissoziativen versus epileptischen Patienten. In: Eckart-Henn, Annegret/Spitzer, Carsten (Hrsg.). *Dissoziative Bewusstseinsstörungen – Grundlagen, Klinik, Therapie*. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 293–309.
- Schürmann, Mia (in Vorb.). *Kinder und Jugendliche sprechen über Bauchschmerzen*. Dissertation. Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft. Universität Bielefeld.
- Schwabe, Meike/Reuber, Markus/Schöndienst, Martin/Gülich, Elisabeth (2008). Listening to people with seizures: How can linguistic analysis help in the differential diagnosis of seizure disorders? *Communication & Medicine* 5(1), 59–72.
- Schwabe, Meike (2006a). *Kinder und Jugendliche als Patienten: Eine gesprächsanalytische Studie zum subjektiven Krankheitserleben junger Anfallspatienten in pädiatrischen Sprechstunden*. Göttingen: V & R unipress.
- Schwabe, Meike (2006b). „Ich weiß das ja jetzt am besten auch“: Agency im Sprechen anfallskranker Kinder und Jugendlicher. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, 201–223. www.gespraechsforschung-online.de/fileadmin/daten/heft2006/ga-schwabe.pdf
- Surmann, Volker (2005). *Anfallsbilder. Metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen*. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Surmann, Volker (2002). „Wenn der Anfall kommt“: Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen. In: Gülich, Elisabeth/Brüner,

Gisela (Hrsg.). Krankheit verstehen: Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen. Bielefeld: Aisthesis, 93–119.

Anhang

Scoring-Items aus Reuber et al. (2009, Anhang)

Interactional Features

1. General focus on seizure experience (rather than seizure situations or consequences)
2. Description of subjective seizure symptoms
3. Description of seizure suppression attempts
4. Description of ‘gaps’ (phases of reduced self-control or recollection)
5. Response to challenge of statements about ‘gaps’
6. Description of individual seizure episodes (possible ‘focussing resistance’: interactional resistance to focus on particular seizures)

Topical Features

7. Subjective seizure symptoms
8. Relative importance of subjective seizure symptoms
9. Relative importance of ‘gaps’ (phases of reduced self-control or recollection)
10. Contouring of ‘gaps’ in seizure trajectory (eg. detailing of last memory before / first after seizure)
11. Reconstruction of ‘gaps’ (eg. filling own memory gaps with own recollections / witness accounts)

Linguistics Features

12. ‘Formulation effort’ associated with description of subjective seizure symptoms (‘formulation effort’ includes restarts, reformulations, neologisms)
13. Negations in descriptions of seizure experience (absolute: ‘I don’t remember anything, contextualised: I remember X but not Y’)
14. ‘Formulation effort’ associated with description of ‘gaps’
15. Metaphoric seizure conceptualisation
16. External / internal conceptualisation of seizures, Conceptualisation of seizures as a fight / struggle