

# **„Frau Erle“ und ihr Arzt. Zur gesprächs- rhetorischen Analyse eines Arzt-Patient-Gesprächs**

Werner Kallmeyer

## **Zusammenfassung**

Ausschnitte des Arzt-Patient-Gesprächs „Frau Erle“ werden aus einer linguistisch-gesprächsrhetorischen Perspektive analysiert. Das Interesse liegt auf dem Zusammenhang zwischen der im Gesprächsverlauf erkennbaren Interaktionsdynamik zwischen Arzt und Patientin, der kognitiven Organisation der Problemsachverhalte auf Seiten der Patientin und Besonderheiten ihres Formulierungsverhaltens, insbesondere der Manifestation einer Detaillierungssperre und ihrer Lockerung bzw. Überwindung.

## **Schlüsselwörter**

Linguistische Gesprächsanalyse, Gesprächsrhetorik, Arzt-Patient-Kommunikation.

## **Summary**

### **Mrs. Erle and her Doctor. A rhetorical conversation analysis of a doctor-patient interaction**

This article analyses some extracts of the doctor-patient-interaction „Mrs. Erle“ from the point of view of a rhetorically oriented conversation analysis. It focuses on the relation between the interaction dynamics which becomes apparent in the course of the talk, Mrs. Erle's cognitive organization of her problems, and specific formulating practices. The central point in this respect is the patient's manifest resistance against giving further details („Detaillierungssperre“) and the way in which she overcomes this resistance in the course of the interaction.

## **Keywords**

Linguistic conversation analysis, rhetorical conversation analysis, doctor-patient-interaction.

Anhand des in diesem Heft in Ausschnitten wiedergegebenen Gesprächs „Frau Erle“ aus dem Bielefelder Corpus von Epilepsie-Gesprächen möchte ich aus einer gesprächsrhetorischen Perspektive (Kallmeyer 1996) zunächst ein paar Bemerkungen machen zur Interaktionsdynamik und zu der ihr zugrunde liegenden spezifischen Kooperationsweise. In einem zweiten Schritt soll in Ausschnitten

nachvollzogen werden, welche Ergebnisse bei der Sachverhaltsklärung im Gespräch hergestellt werden, d. h. was man über die Patientin, ihre Sicht der Probleme, ihre Bewältigungspraktiken für den Umgang mit ihren Problemen erfährt. Im dritten Schritt möchte ich dann ein paar Bemerkungen machen über Besonderheiten des Formulierungsverhaltens der Patientin. Abschließend soll der Versuch unternommen werden, die beobachteten Formulierungsbesonderheiten und die von der Patientin manifestierte kognitive Organisation ihres Problems zu verknüpfen.

## 1. Interaktionsdynamik und Kooperationsweise

Für die Arzt-Patient-Kommunikation wie für andere asymmetrische Interaktionstypen gelten zwangsläufig partiell andere Regeln als für zwanglose Alltagsgespräche. Die Asymmetrie von Wissen und Handlungsrollen ist Ressource der Problemlösung und legitimiert sich durch die Beteiligungsvoraussetzungen und Zielsetzungen der Akteure, d. h. durch Leiden und Hilfesuchen auf der einen Seite und Professionalität von Diagnose und Therapie auf der anderen (vgl. u. a. Kallmeyer 2001). Wenn ich mich als Patient in eine Behandlungssituation begeben muß, muß ich damit rechnen, daß nicht alles so ist wie sonst in meiner Lebenswelt und daß ich interpretieren muß, nach welcher Normalformvorstellung die Behandlungsinteraktion abläuft und was relevant ist für meine Beteiligung als Patient.

Aus einer alltagsweltlichen Sicht fallen am Gesprächsverlauf einige Besonderheiten auf, die relativ deutlich von gewohnten Normalformervwartungen abweichen. Zu diesen Besonderheiten gehört u. a. die äußerste Zurückhaltung des Arztes über lange Phasen. In der Anfangsphase des Gesprächs, d. h. an einer Stelle, die normalerweise besonders sensibel ist für das Herstellen eines gemeinsamen Interaktionsrhythmus, läßt der Arzt am Ende von Äußerungen der Patientin auffällig lange Pausen (z. B. 12, 16). Unter alltagsweltlichen Bedingungen würde ein solches Verhalten des Gesprächspartners wahrscheinlich beunruhigen (Bergmann 1982). Weiter erscheinen in der Folge der Arzt-Interventionen Formen des Insistierens: Nach der ersten Anliendarstellung der Patientin, die diese mit einer resümierenden Reformulierung (Gülich u. Kotschi 1987) schließt („*Eigentlich soll hier AUsgeschlossen werden daß es epileptische Anfälle sind, . . und was das im GANzen, überhAUpt ,is . . was das was das . was das is, mmh' [...] naja so richtig irgndwo die symptOme klärn, ne'“*“, 6–11), fragt z. B. der Arzt nach 6 Sekunden Pause noch einmal nach: „*richtich die symptOme' . klärn'“* (12). Ein anderes Beispiel ist die Frage des Arztes (nach einer Pause von 13 Sekunden) „*das ist schon Alles was SIE: sozusagen dazu . zu SAgN hättn, . oder:“* (49 f.); die Frage wird plaziert, nachdem

die Patientin ihre erste Falldarstellung abgeschlossen und der Arzt mit einer Bewertungsrückmeldung („*<leise> ja, (7sec) das is eine lAst,*“, 45) noch eine Expansion ausgelöst hat, welche die Patientin durch eine Rähmung („*bis jEtz is immer ganz gut AUsgegangn, [...] aber sonst is=es: gUt ,ausgegagn*“, 46 ff.) deutlich konturiert schließt. Etwas später, nachdem die Patientin ihre Ausführungen mit dem Gestus, alles gesagt zu haben, was sie zum Problem weiß, beendet und gleichsam als letzte Möglichkeit alle verfügbaren Dokumente vorlegt („*ich habe das AUfgeschlüsselt, . (?...) (5sec) . hier, . das warn die beiden . <EA> ich hab auch das vom laBOR alles mit, ich muß jetzt grad ma kurz kucken was das*“ 96–98), fragt der Arzt unter Mißachtung der angebotenen Dokumente noch mal nach: „*was denken SIE denn, was el was es IST,*“ (99). An einer späteren Stelle insistiert der Arzt gegenüber der Aussage der Patientin, daß sie vom Anfallsgeschehen nichts gemerkt habe, mit einem generellen Widerspruch: „*(i)ch mein daß man GAR nichts mitbekommt das GIBT ,es ja nie . Elgntlich: . jedenfalls we=man MEhrere anfälle hat: . SO NICH*“ (299 ff.); und noch einmal: „*daß man GAR nichts erinnert das: ähm: . IS ja, we=man: noch n ma so=n bißchen: . nachdenkt . NIE, . der fall*“ (316 ff.).

Derartige Formen des Insistierens haben ein gewisses Irritationspotential, weil sie gleichsam Fehlverhalten unterstellen, mangelnde Mitarbeit („*we=man: noch n ma so=n bißchen: . nachdenkt*“ – diese Voraussetzung hat die Patientin anscheinend nicht erfüllt) und die Glaubhaftigkeit der Aussagen in Frage stellen. An der zitierten Stelle hakt der Arzt zum Beispiel noch einmal nach: „*&nein&NEIN, . den stURZ' das glaub=ich ihnn: GERN, daß sie d/ den GAR nich MITkriegen, aber so: wie sich=s AUFbaut,*“ (322 ff.). An diesen Stellen wird die Patientin mit einer ganz anderen Vorstellung von Relevanzen und Handlungserwartungen konfrontiert, denen ihre eigenen Handlungen offensichtlich nicht ohne weiteres entsprechen.

Man kann jedoch feststellen, daß die Kommunikation zwischen Arzt und Patientin funktioniert, unabhängig von der Frage, ob das Gespräch hätte noch besser laufen können und welche therapeutischen Konzepte man für die Beurteilung des Erfolgs heranziehen will. Die Patientin zeigt sich im Laufe des Gesprächs an keiner Stelle verwirrt und läßt keine Tendenz zur Verweigerung erkennen. Vielmehr gibt es Spuren des Lernens, die Patientin findet sich in die Situation hinein. Erkennbar ist das schon am Umgang mit den langen Pausen am Anfang. Die Pausen folgen immer auf das Ende einer Äußerung von Frau Erle, und dann kommt eine Rückmeldung des Arztes, entweder eine Frage wie „*richtich die symptOme' . klÄrn*“ (11), ein Kommentar wie „*das ist eine lAst*“ (45) oder auch nur „*mhm*“, d. h. Formulierungen, die alle keinen neuen thematischen Impuls vermitteln; und in unmittelbarem Anschluß spricht Frau Erle weiter (vgl. u. a. 16 u. 17). Man kann das so interpretieren, daß die Patientin gelernt hat, daß auch nach der langen Pause ihre begonnene Darstellung immer noch relevant ist und der freie Kommunikationsraum für sie da ist. Man kann in der Folge sehen, daß Frau Erle in zunehmendem Maße nach längeren Pausen

ohne neuen Anstoß des Arztes weiterspricht (vgl. 40; 55; 57; 68; 96; 110; 131). Die Redestrecken der Patientin werden länger, die Rückfragen des Arztes werden rasch bearbeitet (z. B. 100, 133, 149), teilweise noch in Überlappung mit der Äußerung des Arztes (209 ff., 223 f., 264 f., 347 f.), und es gibt einige Stellen, an denen sich durch eine expressivere Prosodie ein stärkeres Engagement und die Übernahme der Redeinitiative zeigen (ab 131 in der Darstellung von Kopfschmerzen und Zittern; 195 ff. in Verbindung mit einer eigenen Expansionsinitiative zum Thema ‚kein Streß vorher‘; und markant auch in 340 ff. zum Thema *„unruhe im KOPF“*, im Transkript mit *„<schneller, drängend>“* notiert). Während die vorausgehenden Phasen des Gesprächs durch viele Verständensschwierigkeiten des Arztes gekennzeichnet sind, kommt es im Zusammenhang mit der Behandlung des Themas *„unruhe im KOPF“* erkennbar zu einer expliziten Verständigung, z. B. wenn der Arzt erläuternd auf seine frühere Frage in 292 f. verweist (*„das war vorhin: . meine frage‘ ja geWESn“*, 397) und damit die Darstellung der Patientin als relevante Antwort bestätigt oder wenn er eine Formulierung der Patientin lobt (*„das ist gut gesagt“*, 406). Das spätere Gespräch über die familiäre Situation verläuft teilweise sehr flüssig.

## 2. Zum konzeptuellen System der Patientin

Die Patientin legt ihren Darstellungen eine Typologie von Krankheitserfahrungen und Anfallssituationen sowie Hypothesen über mögliche Auslöser zugrunde. Zum einen gibt es die Anfälle im engeren Sinne, wenn sie umfällt und die Bewußtseinslücke hat. Diese Anfälle treten ohne für sie erkennbare Vorbereitung auf, vielmehr ereignen sie sich ‚aus der Ruhe‘ heraus, aus Situationen, in denen sie eigentlich entspannt ist und sich wohlfühlt (vgl. *„letztns warn wa schön Essn“*, 213 ff.). Für die Patientin wäre es offensichtlich das Plausibelste, wenn irgendeine besondere Belastung den Anfällen vorausginge. Für sie sind Anfall ohne Streß und Streß ohne Anfall zwei Dinge, die nicht zusammenpassen. Und dann gibt es Zustände der Unruhe und der Nervosität, die sie auch mit der markanten Metapher *„nervöser Magen, den ich dann im KOPF hab“* (404 f.) bezeichnet. Diese Zustände entwickeln sich ebenfalls aus der Ruhe (u. a. 340), wenn der Streß vorbei ist und sie sich entspannt, z. B. Wenn sie sich abends auf dem Sofa ausruht. Dann setzt sich plötzlich in ihrem Kopf alles wieder in Gang. Hier gibt es Anzeichen, die mit der Vorbereitung eines Anfalls zusammenhängen könnten, diese Zustände der Unruhe haben jedoch noch nie zu Anfällen geführt.

Die Zustände der inneren Unruhe sind für sie in besonderer Weise mit Sorge und Angst besetzt. Für alle anderen Formen von Beeinträchtigungssituationen stellt sie immer ihre Verfahren der praktischen Bewältigung in den Vor-

dergrund. In der Darstellung der eigentlichen Anfallsituationen spielt für sie eine große Rolle, daß sie darunter leidet, die Anfälle nicht vorhersehen zu können. Sie kann das Risiko nicht vorher mindern, aber sie hat bestimmte Praktiken, wie sie damit umgeht. Sie sieht zu, daß sie immer unter Menschen ist, sie vermeidet bestimmte Situationen, in denen sie alleine oder auf gefährlichem Territorium ist, z. B. mitten auf einer großen Kreuzung, und sie ist froh, daß es noch nie zu Hause passiert ist. Ein wichtiger Punkt ist für sie, daß sie die Normalität ihres Alltagslebens aufrechterhalten kann, und daß sie versucht, alle Beeinträchtigungen, die aus diesen Anfällen erwachsen können, in irgendeiner Form praktisch zu bewältigen. Auch bei der Darstellung von Streßsituationen betont die Patientin jeweils, daß sie dafür Mittel der Bewältigung hat, unter anderem Gelassenheit: „*es kommt Alles' mit Einem mal ja; . . . mußt jetz DAS machn' und morgn haste DAS' und übermorgn kommt DAS' . <EA> . obwohl ich mir . . . von daher auch nit DIE gedanken mache, . . . ich laß=es RANkommn,*“ (348–351). Gerade auch angesichts der späteren Teile des Gesprächs erscheint es erklärungsbedürftig, daß auf der einen Seite die Patientin immer so herabstufende und teilweise verharmlosende Bewertungen oder allgemeine Kommentare gibt vom Typ ‚*ich komm damit schon klar*‘ oder ‚*damit kann ich leben*‘ verwendet und daß auf der anderen Seite eine größere Anzahl von Hinweisen darauf hindeuten, daß es eben doch ganz starke Beeinträchtigungen gibt und das Alltagsleben der Patientin eigentlich durchsetzt ist mit Situationen, die für sie gefährlich sind und die sie vermeiden muß.

Für das Verständnis der Stelle in 348–351 ist wichtig, daß sich die Sprecherin mit der Bewältigungsaussage „*obwohl ich mir . . . von daher auch nit DIE gedanken mache, . . . ich lass=es RANkommn,*“ und die Formulierung „*. . . . aber ich=hab immer das gefühl es: WALKT Alles durchn,Ander*“ (351 f.) auf zwei unterschiedliche Situationen bezieht: zum einen auf die Situation der Bewältigung von praktischen Problemen (der OBWOHL-Teil) und zum anderen auf die Zustände der Unruhe im Kopf. Für diese sagt die Sprecherin an keiner Stelle, wie sie diese Beeinträchtigung dämpft oder wie sie damit fertig wird. Vielmehr sieht sie sich einer unkontrollierbaren Psychodynamik ausgesetzt, die ihr Angst macht – vielleicht, so kann man schließen, weil sie die etablierte Ordnung der Problembewältigung zu unterminieren droht.

### 3. Zur Formulierungsdynamik

Frau Erle zeigt insbesondere in der Anfangsphase eine markante Form von Formulierungsdynamik, indem sie immer sehr kondensierte, kompakte, kurze, schnelle Äußerungsschübe produziert, die in sich grammatisch und diskursstrukturell geschlossen sind, auch wenn sie intern eine gewisse syntaktische

Differenzierung aufweisen. Diese Äußerungsweise in kurzen schnellen Schüben ist besonders auffällig im Kontrast mit den langen Pausen und auch mit den häufigen schnellen Starts der Patientin nach Interventionen des Arztes. An diesen Stellen kontrastieren die manifestierte Äußerungsbereitschaft mit der prosodisch ausgedrückten Rückstufung der Mitteilungsabsicht: Die Sprechweise ist in den meisten Fällen leise, schnell und wenig expressiv (d. h. wenige und geringe Akzentuierungen, keine markanten Intonationsverläufe – mit Ausnahme der Grenztonmuster für Binnenzäsuren und Äußerungsende (Selting 1995), keine rhetorischen Retardierungen. Über die über weite Strecken signalisierte Rückstufung der Äußerungsabsicht hinaus sind vor allem zwei Komplexe von Formulierungsverfahren ausschlaggebend für die Formulierungsdynamik der Sprecherin (vgl. insgesamt auch Kallmeyer u. Schütze 1977; Kallmeyer u. Schmitt i. Vorb.):

### Reduktion/Kondensierung:

- Minimale Realisierung von Komplexität; die Äußerungen sind tendenziell kurz, d. h. auf wenige Äußerungseinheiten beschränkt; es werden zwar mehrgliedrige Formative verwendet (zwei- und dreigliedrige Formate, z. B. ZWAR-ABER oder Allgemeine Aussage + Konkretisierung + allgemeine Aussage), aber jede Formativposition wird tendenziell minimal realisiert, d. h. nur mit einer Äußerungseinheit besetzt. Ein relativ typisches Beispiel ist die Äußerung „bis jEtz is immer ganz gut AUsgegangn, . daß ich mir wenich getAn hab, machmal hat man n blauen flEck oder mal . ne prEllung, aber sonst is=es: gUt ,ausgegagn“ (46–48); die allgemeine erste Aussage wird um eine Erläuterung von ‚gut ausgehen‘ und einer Berücksichtigung negativer Folgen erweitert und mit einer ABER-Reformulierung der ersten Aussage geschlossen.
- Die dargestellten Sachverhalte werden häufig als etwas im Prinzip Bekanntes präsentiert, markiert durch Partikel wie „ja“, z. B. in „meistens passIErts ja auf der straße . wenn=ich umfalle‘ zu HAUse is=es ja noch gAr ‚nit passiert“ (27 f.), oder „ebmd“, z. B. in „aber is ebmd ooch im krAnkenhaus, passiert . [...] ham ebmd ni sehr viel gefUndn, [...] drum wollten se jetzt ebmd gerne ma wissen was: (62–68). Die Äußerungen tragen dadurch Züge von Reformulierungen. Wiederholt finden sich auch Einleitungen wie „ich sach“ (vgl. „ich sach ich bin auch froh daß es mir im KRANkenhaus, mal passiert is ne“; 58 f. vgl. auch 319) oder auch „wie gesagt“, so z. B. in „wie gesagt, das kam immer alles aus der ‚Ruhe raus,“ (268). Diese Markierungen der Redewiedergabe heben das bestehende Reformulierungsverhältnis zu vorausgehenden Äußerungen hervor.
- Erklärende Kontextualisierungen, wie z. B. die Einführung von Personen, Situationen und besonderen Umständen, werden ausgespart. Diese Aussparungen sind z. B. auch in den ansatzweisen Expansionen von Aussagen

durch Fallbeispiele erkennbar; sie führen häufig zu Nachfragen des Arztes, für den der dargestellte Sachverhalt nicht transparent wird. Das ist z. B. der Fall in Äußerungen wie „*letztns ham-se im krankenhaus mir . <EA> wieder n zÄpfchen eingeführt' hab ich ni gemERkt, . also . die kriegen mich auch gANz schwer MUNter,*“ wobei unklar ist, ob sich die letzte Äußerungseinheit noch auf die Situation im Krankenhaus bezieht oder nicht (18–20). In „*bin ick EIgntlich frOh ,drüber daß es zuhause noch nie passiert is ne . denn: . man weiß ja nie wie man fÄllt, ne' . und wenn dann die kinder' erst na(ch)mittachs komm . . auf der straße sind doch immer leute da, ne' . die dann helfen könn*“ wird z. B. die Situation zu Hause nicht weiter erläutert (30–35). Auch in „*letztns warn wa schön Essn' da war ja nu is also wirklich alles . <EA> in ruhe' ,und . ich geh RAUS' ,und will mit-m bUs nach hause fahrn und . <leise> da (?tat-s n schlag)+*“ werden Angaben zu Zeit, Ort, handelnden Personen usw. ausgespart (213–216). Öfter führt die Aussparung von Kontextualisierungen zu unmarkierten Wechseln der Referenzsituation, wie z. B. an der oben zitierten Stelle *also . die kriegen mich auch gANz schwer MUNter* (20). Auch in 85–92 springt die Patientin unter Verwendung des unspezifischen Pronomens *es* zwischen verschiedenen Referenzsituationen hin und her: „*sie haben halt nich sehr viel geFUNden, (die Ärzte in der Klinik) wo se jetz sagen köntten, es kam halt daher' (die Krankheit) ,und: . . wenn jetz (?wir ham jetz) das ergenyl . aber . es hat nicht viel geholfen, (das Medikament) also es tritt trotzdem weiter Aufnoch, (Krankheit, Anfälle) . . es is zwar etwas gestElgert worden' (das Medikament), aber es ist ebmd auch kein rhyThmus drin, ne' daß ma (?jetz) sacht alle sechs wochen oder alle Acht wochen' passiert mir das (Auftreten der Anfälle)*“ (vgl. a. Quasthoff 2002).

- Die Sprecherin verwendet keine expliziten Fokussierungen in Form von Ankündigungen oder sog. „advanced organizer“ (z. B. „also das war so...“; vgl. Kallmeyer 1978), sondern beginnt jeweils abrupt und stellt dafür häufig durch Reformulierung einen Rückbezug auf voraufgehende Äußerungen her.

### Markante Gestaltschließung:

- Prosodisch sind die Formulierungsschübe geschlossene Einheiten (vgl. auch Local 1992; Auer 1996). Als Markierung erscheinen zum einen markante fallende Grenztöne am Schluß, oft mit einem deutlichen Tonsprung nach unten, und zum anderen eine deutliche Reduktion der Lautstärke auf der abschließenden Äußerungseinheit: „*ja ich kann mir auch nit viel drunter VORstellen, ne' . WEIL=,ich ebmd auch nie MERke, jetz: daß mir jetz vorher schwINDlich wird' <EA> . oder SCHLECHt wird oder was ,gAr ,nichts . <leise> urplötzlich: lIEg=,ich dann irgendwo,*“ (51–55). Der letzte Teil, markant ab „*urplötzlich*“, wird tiefer und leiser gesprochen, was eine Rückstufung der Äußerungsabsicht signalisiert. Die Sprecherin verwendet dieses

Verfahren der Gestaltschließung in der Folge mehrfach, und zwar typischerweise in Äußerungen mit zumindest kleineren Expansionsimpulsen: „*ham ebmd ni sehr viel gefUndn, es ist nich sehr viel zu sEhn, . . <leise> jetz von d(e)n . anzeichen her+ . drum wollten se jetz ebmd gerne ma wissen was: . <leiser> so sAche, is“* (65–68); ebenso in der Darstellung „*letztn warn wa schön Essn' [...] ,und will mit-m bUs nach hause fahrn und . <leise> da (?tat-s n schlag)+“* (213 ff.; vgl. auch 235 f., 286 f., ebenso 339 f. vor der expressiven Stelle: „*aber . das Hatt=,ich nit . <leise> das: . IS ,ni groß+“*).

- Interne Verknüpfung, u. a. durch Projektion und Erfüllung; „*ich mein ich fall immer um' und: .MERks ni ,un:d . . es dauert dann auch ne GANze weile bis ich wieder dA ,bin“* (13 ff.). So entspricht die erste Äußerung einem zweigliedrigen Konstruktionsmuster, wobei die erste Einheit in sich wieder zweigliedrig ist (Stimmhebung „*um'“* und Dehnung mit folgender Mikro-pause bei „*und: .“*). Das folgende, tief einsetzende „*un:d . .“* mit Pause ist ein Expansionsindikator. Die Fortsetzungsprojektion wird durch die zweite Einheit erfüllt. Die Verknüpfung mit „*dann“* als temporalem Bezug verweist auf den Situationstyp als eine Ereignisfolge. Die zweite Einheit enthält trotz der grammatischen Konstruktion als Satzgefüge keine prosodische Gliederung, sondern läuft ohne Segmentierung durch und endet in tiefer Tonlage, mit einem markanten Tonsprung nach unten („*dA ,bin“*). Das ist eine deutliche Gestaltschließung. Zweigliedrige Konstruktionsmuster mit Binnenprojektion und deren Erfüllung im zweiten Teil schaffen eine markante Einheitenkonturierung.
- Die Äußerungen sind grammatisch und als Textmuster vollständig und enden nicht mit Expansionsignalen. Unvollständige Formulierungen am Ende kommen nur in Verbindung mit der prosodischen Rückstufung der Äußerungsabsicht vor und haben in der Regel einen Rückbezug in der Art einer Reformulierung. Das gilt z. B. für „*von daher“* (63 f.) in der Darstellung „*ich bin auch froh daß es mir im KRANKenhaus, mal passiert is“* (58 ff.); „*die letzn zwei jahre dann . . von daher . .“* (63) wird leise gesprochen, und „*von daher“* bezieht sich zurück auf die erste Äußerungseinheit „*ich bin auch froh . .“*, wobei die Reformulierung ausgespart bleibt.
- Häufig erscheinen Rahmungen durch Reformulierung des Anfangsteils als Abschluß (vgl. u. a. „*aber sonst is=es: gUt ,ausgegangen, 48*).
- Diese Formulierungsweise manifestiert einerseits einen Anlaß der Sachverhaltsdarstellung und andererseits eine auffällige Begrenzung, einen Verzicht auf Ausführung der Sachverhaltsdarstellung. Kondensate von Sachverhaltsdarstellungen sind eine gängige Figur u. a. bei der Vorbereitung von konversationellen Erzählungen, gleichsam kurze thematische Vorgriffe, die dann nach der interaktiven Etablierung des Erzählens in detaillierter Form ausgeführt werden (Kallmeyer u. Schütze 1977; Rehbein 1980). Im vorliegenden Fall ist auffällig, daß sich das Kondensatformat fortlaufend wiederholt. Ein solcher Vorgang deutet auf eine Hemmung bzw. Blockade hin, die ich Detaillierungssperre nennen möchte.



Später, beginnend mit der Behandlung des Themas „Unruhe“ im Kopf, erscheint eine andere Formierungsstruktur. Die Geschlossenheit der kleinen Formate wird aufgebrochen und die Problemsachverhalte, die zunächst in den kurzen Einräumungen minimalistisch und in ihrer Relevanz rückgestuft behandelt werden, werden jetzt expandiert. Diese Veränderung wird u. a. markiert durch die im Kontext des vorausgehenden Gesprächs ungewöhnliche Expressivität bei der thematischen Initiative „<schneller, drängend> *ich hab manchmal=(d)as gefühl ich hab so=ne unruhe im KOPF+*“ (340 f.). Mit der starken Markierung zeigt die Sprecherin ein Detaillierungspotential an. Die Tatsache, daß auf diese Zustände keine Anfälle folgen, wird zwar erwähnt, und zunächst auch in einer eher gestaltschließenden Weise als ABER-Formulierung: „*so als würde mir alles durchnANder gehen, aber da . in dEm moment fall=ich aber dann auch ,nit*“ (342 ff.). Aber das Unruhe-Thema gewinnt eigenständiges Gewicht und wird im abschließenden ABER-Teil der nächsten Äußerung, d. h. hinsichtlich der Relevanz hochgestuft, konkretisierend reformuliert: „*aber ich=hab immer das gefühl es: WAlkt Alles durchn,Ander*“ (352 f.). Hier zeigt sich ein Ansatz zur Überwindung der Detaillierungssperre.

#### **4. Zum Zusammenhang von Formulierungsdynamik und Inhaltsstruktur**

Wenn man die Beobachtungen zur Formierungsweise in kurzen kompakten Schüben mit Detaillierungssperre in Zusammenhang bringt mit der dabei dargestellten Umgangsweise mit den Problemen, läßt sich die Hypothese formulieren, daß eine Korrespondenz besteht zwischen der charakteristischen Formierungsweise und den großen Anstrengungen der Patientin, auch unter ihren verschärften Bedingungen die alltägliche Normalität aufrechtzuerhalten. Dieses Einordnen und dieses Verpacken der Phänomene in kleine fest geschlossene Darstellungsfiguren ist Ausdruck und Bestandteil der Strategien der Patientin, mit ihren Problemen umzugehen. Man kann durchgängig verfolgen, daß diese Formierungsweise immer in diesen Kontexten auftaucht, in denen sie sich nur bedingt darauf einläßt, über ihre Sorgen, über ihr Erleben zu sprechen, und im Grunde die Bewältigung ihres schweren Schicksals in den Vordergrund stellt. Mit der Überwindung der Detaillierungssperre deutet sich so etwas wie ein Ausbrechen aus dem Sicherheitsgerüst der praktischen Bewältigung an.

## Literatur

- Auer, P. (1996): On the prosody and syntax of turn-continuations. In: Couper-Kuhlen, E./Selting, M. (Hrsg.): *Prosody in conversation. Interactional studies*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 57–100.
- Bergmann, J. (1982): Schweigephase im Gespräch. Aspekte ihrer interaktiven Organisation. In: Soeffner, H.G. (Hrsg.): *Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie*. Tübingen: Narr, S. 143–184.
- Gülich, E./Kotschi, T. (1987): Reformulierungshandlungen als Mittel der Textkonstitution. Untersuchungen zu französischen Texten aus mündlicher Kommunikation. In: Motsch, W. (Hrsg.): *Satz, Text, sprachliche Handlung (Studia grammatica XXV)*. Berlin/DDR: Akademie-Verlag, S. 199–261.
- Kallmeyer, W. (1978): Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonstitution. In: Meyer-Hermann, R. (Hrsg.): *Sprechen – Handeln – Interaktion. Ergebnisse aus Bielefelder Forschungsprojekten zu Texttheorie, Sprechakttheorie und Konversationsanalyse*. Tübingen: Niemeyer, S. 193–243.
- Kallmeyer, W. (1996): Einleitung: Was ist Gesprächsretorik? In: Kallmeyer, W. (Hrsg.): *Gesprächsretorik. Rhetorische Verfahren im Gesprächsprozeß. (Studien zur deutschen Sprache 4)* Tübingen: Narr, S. 7–18.
- Kallmeyer, W. (2001): Beraten und Betreuen. Zur gesprächsanalytischen Untersuchung von helfenden Interaktionen. *Zeitschrift für Qualitative Bildungs-, Beratungs- und Sozialforschung* 2, 227–252.
- Kallmeyer, W./Schmitt, R. (i. Vorb.): Formulieren im Gespräch. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zu verbalen Interaktion*. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de>. (ISSN 1617–1837).
- Kallmeyer, W./Schütze, F. (1977): Zur Konstitution von Kommunikationsschemata der Sachverhaltsdarstellung. Exemplifiziert am Beispiel von Erzählungen und Beschreibungen. In: Wegner, D. (Hrsg.): *Gesprächsanalysen*. Hamburg: Buske, S. 159–274.
- Local, J. (1992): Continuing and restarting. In: Auer, P./di Luzio, A. (Hrsg.): *The Contextualization of Language*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, S. 272–296.
- Quasthoff, U. (2002): Global and local aspects of perspectivity. In: Graumann, C.F./Kallmeyer, W. (Hrsg.): *Perspective and Perspectivation in Discourse*. Amsterdam/Philadelphia: Benjamins, S. 321–344.
- Rehbein, J. (1980): Sequentielles Erzählen – Erzählstrukturen von Immigranten bei Sozialberatungen in England. In: Ehlich, K. (Hrsg.): *Erzählen im Alltag*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 64–108.
- Selting, M. (1995): Prosodie im Gespräch. Aspekte einer interaktionalen Phonologie der Konversation. Tübingen: Niemeyer.

## Anschrift des Verfassers:

Werner Kallmeyer, Institut für Deutsche Sprache, Postfach 101621, 68016 Mannheim, e-mail: [kallmeyer@ids-mannheim.de](mailto:kallmeyer@ids-mannheim.de)

Werner Kallmeyer, Prof. Dr., Jahrgang 1931, Germanistische Linguistik; Arbeitsschwerpunkte: Gesprächsanalyse und Soziolinguistik.