

Elisabeth Gülich

„Wenn wir zulassen, dass Patienten von sich erzählen ...“

Auf den Spuren des Narrativs in Thure von Uexkülls *Psychosomatischer Medizin*

Eine (narrative) persönliche Vorbemerkung

Meine Spurensuche begann mit einer unerwarteten Einladung zur Jahrestagung der – mir bis dahin unbekannt – Akademie für integrierte Medizin (AIM), die im Jahr 2001 in Bad Segeberg stattfand. Ich sollte dort ein Forschungsforum mitgestalten und die linguistische bzw. konversationsanalytische Arbeit an Arzt-Patient-Gesprächen vorstellen. Da ich mich mit solchen Gesprächen zu der Zeit im Rahmen eines interdisziplinären Forschungsprojekts („Linguistische Differenzialtypologie epileptischer und anderer anfallsartiger Störungen“)¹ beschäftigte, entschloss ich mich, über ein gerade aktuelles Thema aus diesem Projekt zu berichten: die kommunikative Darstellung von Angst.² Dementsprechend wählte ich als Datengrundlage für die gemeinsame Arbeit Ausschnitte aus Gesprächen, in denen Patienten von Angst- und Panikerfah-

¹ Das in Kooperation mit Martin Schöndienst (damals Epilepsiezentrum Bethel) durchgeführte Forschungsprojekt (<https://www.uni-bielefeld.de/lili/forschung/projekte/epiling/>) (20.08.2020) wurde von 1999 bis 2001 von der DFG gefördert und über viele Jahre von der Universität Bielefeld unterstützt. Für eine zusammenfassende Darstellung siehe Frank-Job et al. 2017, Schöndienst 2000 oder Gülich 2012.

² Der Workshop auf der Veranstaltung in Bad Segeberg 2001 hatte den Titel „Linguistische Analyse von Arzt-Patient-Interaktionen. Sprachliche Verfahren bei der Darstellung von Angst in Gesprächen über Anfälle“ (<https://www.uni-bielefeld.de/ZIF/KG/2004Angst/>) (20.08.2020). Das Thema wurde später im Rahmen einer Kooperationsgruppe am Zentrum für interdisziplinäre Forschung der Universität Bielefeld umfassend untersucht: „Kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst“ (unter der Leitung von Jörg Bergmann, Elisabeth Gülich, Martin Schöndienst und Friedrich Wörmann). Vgl. dazu u.a. Gülich 2020 und Schöndienst 2020.

rungen erzählen. Zu meiner Überraschung beteiligten sich die Teilnehmenden an der – für die meisten sicher ungewohnten – Arbeit an Gesprächstranskripten mit großem Interesse und viel Verständnis, sie bemerkten, kommentierten und erörterten sprachliche Details und diskutierten lebhaft über die Art und Weise, wie Angst zur Sprache kommt. Unter den Teilnehmenden war auch Thure von Uexküll – diesen Namen hatte ich schon gehört und brachte ihn auch mit dem Begriff Psychosomatik in Verbindung. Insofern wusste ich es durchaus zu würdigen, als er mir nach der Sitzung zu verstehen gab, dass er diese Art der Beschäftigung mit Gesprächen für einen guten Weg hielt.

Die Folgen dieser Jahrestagung waren ausgesprochen nachhaltig: Ich wurde Mitglied der Akademie, besuchte fortan fast jede Jahrestagung und auch manche „Modellwerkstatt“, und es wurde allmählich fast Tradition, gemeinsam an Gesprächen – Audio- oder Videoaufnahmen und Transkripten – zu arbeiten. Ich lernte dabei selbst sehr viel und war immer wieder beeindruckt von der Beobachtungsgabe der Teilnehmenden und davon, wie sie scheinbar unbedeutende sprachliche Details als bedeutsam erkannten und treffend beschrieben. Niemand äußerte Unverständnis oder Ungeduld, wenn sich die Aufmerksamkeit auf ein „ähm“, eine Pause, ein Einatmen oder ein Zögern bei der Wortsuche richtete und die Diskussion auch mal länger dabei verweilte. ‚Psychosomatik‘ war für mich schon bald kein Fremdwort mehr, und ich selbst fühlte mich in diesem Kreis auch nicht mehr fremd.

Die Zusammenarbeit erstreckte sich über viele Jahre. Die Akademie änderte ihren Namen in „Thure von Uexküll-Akademie für integrierte Medizin“ (Thure von Uexküll war 2004 gestorben), meine Kontakte zur Akademie wurden durch häufige Aufenthalte in Freiburg und durch die Gastfreundschaft von Marina von Uexküll intensiviert und erheblich erleichtert. So blieb es nicht aus, dass ich – als ich wieder einmal im Hause von Uexküll wohnte – mir „den Uexküll“, also das Buch, von dem ich nun schon viel gehört hatte, auch einmal ansehen wollte. Ich stellte mir ein dickes Buch vor, das in einem der zahlreichen Regale zu finden wäre und das ich dann mal durchblättern würde. Auf die Bitte, es mir zu zeigen, kam die Rückfrage, die den Stein ins Rollen brachte: „Welche Auflage denn?“ Ich bekam Zugang zu einem Zimmer mit einem Regal voller Uexküll-Bücher. Da standen u.a. sieben dicke grüne Bände, mit

insgesamt mehreren Tausend Seiten: die Auflagen des Lehrbuchs von 1979 bis 2011.³

Ich entschied mich für die erste Auflage – und machte schon im Inhaltsverzeichnis eine überraschende Entdeckung: Es gab darin ein eigenes Kapitel über das Arzt-Patient-Gespräch. In der Linguistik, besonders in der Gesprächsforschung war dieses Thema zu jener Zeit zwar bereits als Forschungsgebiet etabliert, aber es in einem medizinischen Lehrbuch von 1979 zu finden, damit hatte ich nicht gerechnet. Das Schicksal dieses Kapitels interessierte mich, deshalb griff ich gleich zur siebten, der damals letzten Auflage. Dort fand ich nicht nur ein Kapitel über dasselbe Thema wieder, sondern zu meiner Verwunderung noch ein weiteres mit dem Titel „Das Narrativ“. Nun war meine Neugierde geweckt: Gab es in allen Auflagen ein eigenes Kapitel zum „Arzt-Patient-Gespräch“, und wann und wie war das „Narrativ“ hinzugekommen? Letzteres interessierte mich ganz besonders, denn durch interdisziplinäre Forschungsprojekte wie die oben erwähnten hatte sich die narrative Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen zu einem meiner Forschungsschwerpunkte entwickelt.⁴ Zudem hatte ich im Laufe meiner Zusammenarbeit mit der AIM schon bemerkt, dass in den Vorträgen, Veröffentlichungen und Diskussionen das „Narrativ“ eine nicht unwichtige Rolle spielte.⁵ Als ich erfuhr, dass zu der Zeit bereits die achte Auflage in Vorbereitung war, wartete ich schon allein deshalb mit Spannung auf ihr Erscheinen, weil ich wissen wollte, wie es mit dem Narrativ weitergehen würde.

Es wäre nun eine ebenso reizvolle wie schwierige Aufgabe, anhand der verschiedenen Auflagen des Uexküll'schen *Lehrbuchs der Psychosomatischen Medizin* detailliert nachzuvollziehen, wie kommunikative und speziell narrati-

³ Für ebenso intensive wie entspannte Arbeitsmöglichkeiten in Freiburg danke ich Marina von Uexküll ganz herzlich; ohne sie wäre diese Arbeit nicht entstanden. Ihr und Karl Köhle bin ich auch sehr dankbar für eine sorgfältige und kritische Lektüre meines Textes, dessen Entstehung auch durch die kompetente und tatkräftige Mitarbeit von Ingrid Furchner geprägt wurde.

⁴ Vgl. dazu z.B. Gülich 2017 und 2018. Dass diese Schwerpunkte sich so entwickeln konnten, verdanke ich langjährigen Kooperationen, insbesondere mit Gabriele Lucius-Hoene, Carl Eduard Scheidt und Martin Schöndienst.

⁵ Anregungen zu dieser Thematik gaben mir zahlreiche Gespräche in verschiedenen Kontexten der AIM, u.a. mit Werner Geigges, Miriam Haagen, Anna Staufenbiel-Wandschneider und Gisela Volck. Eine kurze Darstellung meiner ersten Eindrücke von den Auflagen 1–7 findet sich in Gülich 2017.

ve Verfahren in ärztliches Handeln bzw. Arzt-Patient-Interaktion einbezogen werden und wie sich diese Aspekte im Laufe der Jahre entwickelt haben. Das ist im vorliegenden Rahmen nicht zu leisten. Ich habe keineswegs den Anspruch – und wäre auch nicht in der Lage –, die Tausende von Seiten der acht Auflagen sorgfältig durchzuarbeiten und mich umfassend und tiefeschürfend in die Psychosomatik einzuarbeiten. Vielmehr will ich in einem kursorischen Überblick deutlich machen, wie in diesem medizinischen Lehrbuch schon sehr früh und zunehmend detailliert auf solche sprachlichen bzw. kommunikativen Aspekte eingegangen wird.

Meine vergleichende Betrachtung beginnt jeweils mit einer Durchsicht des Inhaltsverzeichnisses: Welche Kapitel haben mit Kommunikation und speziell mit Erzählen zu tun? In welchem Teil des Buchs stehen sie? Die Gesamtgliederung wurde in den verschiedenen Auflagen immer wieder verändert. Bei der genaueren Durchsicht betrachte ich dann jeweils vor allem das Kapitel zum Arzt-Patient-Gespräch und ggf. das zum Narrativ und beachte deren Verortung in der Struktur des Buchs. Darüber hinaus achte ich auch auf Kapitel, in denen Kommunikation allgemein oder speziell Erzählen erkennbar eine Rolle spielt, z.B. in der Krankenvsitede oder in der Palliativmedizin. Ferner berücksichtige ich Sachregister und Glossar. Auf diese Weise versuche ich nachzuzeichnen, wie sich in diesem Lehrwerk im Laufe der Jahre das Interesse am Erzählen allmählich entwickelt und an Bedeutung gewonnen hat.

Thure von Uexküll: Das Lehrbuch *Psychosomatische Medizin*

Thure von Uexküll (1908–2004) gilt als einer der Begründer der Psychosomatik, er wird gern als ihr „Vater“, „Wegbereiter“, „Pionier“ oder „Nestor“ bezeichnet.⁶ Sein *Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin* erschien in der 1. Auflage 1979,⁷ die derzeit aktuelle 8. Auflage 2016 unter dem Titel *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis*.⁸ Im Laufe der Jahre und der Neuauflagen wurde das Werk immer wieder überarbeitet und

⁶ Vgl. z.B. Goldbach 2006: 81, 139.

⁷ Nur in der 1. und 2. Auflage wird der Begriff „Lehrbuch“ im Titel gebraucht; ab der 3. Auflage verschwindet er daraus, wird aber manchmal im Vorwort noch gebraucht.

⁸ Nach Auskunft des Verlags ist bereits eine 9. Auflage geplant.

wesentlich erweitert.⁹ Bis zur 6. Auflage (2003) hat von Uexküll das Buch noch selbst mit herausgegeben; bis zur 7. Auflage (2011) erscheint er noch als Autor im Bereich der theoretischen Grundlagen.

Unabhängig davon, ob in der jeweiligen Auflage ausdrücklich auf das Erzählen, die Erzählung oder das Narrativ eingegangen wird, spielen für die Beschäftigung mit dem Erzählen und allgemeiner mit Kommunikation die Grundgedanken der Psychosomatik im Sinne von Uexkülls eine wichtige Rolle. Dass es in diesem Lehrbuch von Anfang an ein eigenes Kapitel zum Arzt-Patient-Gespräch gab, steht im Einklang mit der Auffassung von der „Öffnung der Psychosomatischen Medizin zu neuen Fragestellungen, neuen Konzepten und neuen Methoden“, die Thure von Uexküll im Vorwort zur 1. Auflage vertritt, als „Antwort auf die Herausforderung der heutigen Situation“ (Uexküll I: V).¹⁰ Dieses Lehrbuch, so schreibt er in der Einleitung, „wendet sich in erster Linie an Ärzte und Medizinstudenten, darüber hinaus aber auch an alle, die sich für die Frage interessieren, welche Rolle die individuell erlebte Wirklichkeit eines Menschen für dessen Gesundsein oder Kranksein spielt“ (ebd.: 1). Schon im Vorwort geht er ausführlich auf die Frage ein, „was unter «Psychosomatischer Medizin» verstanden und was nicht darunter verstanden wird“ (ebd.: V). Er betont immer wieder – schon in einer frühen Schrift von 1963 –, dass sie „kein neues Spezialfach“ sein soll und dass es also keine geschlossene Liste von Krankheiten gibt, die man als „psychosomatisch“ etikettieren könnte. Vielmehr sei psychosomatische Medizin „eine alle Zweige der Medizin betreffende neue Forschungsrichtung“ (von Uexküll 1963: 13).

Darauf berufen sich auch noch die Herausgeber der 8. Auflage, wenn Karl Köhle zu Beginn des ersten Kapitels „Integrierte Medizin“¹¹ von Uexkülls Anliegen dahingehend zusammenfasst, dass es unabhängig von der Spezialisierung möglich sein soll, „eine medizinische Betreuung kranker Menschen zu

⁹ Die 1. Auflage von 1979 umfasst 844 Seiten und 48 Kapitel von 31 Autoren, die 8. Auflage hat 1240 Seiten und enthält 104 Kapitel von 100 Autoren.

¹⁰ Da im Laufe der Jahre bei den verschiedenen Auflagen der *Psychosomatischen Medizin* sowohl Titel als auch Herausgeber variieren, werden Zitatstellen aus den einzelnen Auflagen hier zugunsten der Übersichtlichkeit in einer Kurzform angegeben: Uexküll, römische Ziffer für die Auflage, Seitenzahl.

¹¹ Bis zur 7. Auflage stand am Beginn von Teil I „Theoretische Grundlagen“ das Kapitel von Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack „Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell“.

verwirklichen, welche die körperlichen, seelischen und sozialen Probleme gleich ernst nimmt“ (Uexküll VIII: 4). Dieses Anliegen wird nicht nur darin deutlich, dass immer wieder die Bedeutung der individuell erlebten Wirklichkeit betont wird, sondern auch darin, dass häufig von Falldarstellungen ausgegangen wird (vgl. in der 8. Aufl. Kap. 1.2.3 „Ärztliches Handeln als Fallarbeit (Kasuistik)“): Es soll eine „Theorie der Heilkunde“ entwickelt werden, die sich auf „exemplarische Krankheitsfälle“ gründet.

Das Gespräch als „zentrales Kommunikationsmittel zwischen Arzt und Patient“

Im ersten Kapitel der 1. Auflage führt Thure von Uexküll selbst zusammen mit Wolfgang Wesiack in die theoretischen Grundlagen ein. Hier machen die Autoren deutlich, dass die dem Werk zugrunde liegende Konzeption der psychosomatischen Medizin nicht an Vorhandenes anknüpfen kann: „Wir müssen uns daher den Weg zu einer umfassenden Theorie der Heilkunde im Rahmen einer Einführung in das vorliegende Lehrbuch selbst suchen“ (Uexküll I: 7). Sie zeigen anhand eines exemplarischen Krankheitsfalls (Kap. 1.2), „daß wir die Erkrankungen unseres Patienten nicht ausreichend verstehen, solange wir die Reaktionen seines Organismus von seiner Umwelt, seinen Objektbeziehungen und der Situation, in der er sich jeweils befindet, trennen“ (ebd.: 9). Es geht ihnen also nicht darum, psychosozial ausgelöste Krankheiten neben internistischen oder chirurgischen als eine weitere Gruppe von Leiden aufzufassen und somit eine Spezialdisziplin Psychosomatik zu propagieren, sondern darum, bei jeder Krankheit grundsätzlich auch die psychosomatischen Anteile zu erkennen und zu berücksichtigen. Im vorliegenden Zusammenhang ist vor allem hervorzuheben, dass die Einstellung zum kranken Menschen hier eine andere ist als in der herkömmlichen Medizin und dass diese veränderte Einstellung notwendigerweise auch Konsequenzen haben muss für die Kommunikation.

Wenn wir die Situationen und die aus ihnen aufgebaute individuelle Wirklichkeit eines Patienten verstehen wollen, müssen wir daher auch nach ihren unbewußten und vorbewußten Anteilen fragen. Sie entsprechen Programmen, die in der früheren Lebensgeschichte erlernt wurden und die – in pathologischen Fällen – nicht in die später erlernten Programme integriert werden können. (ebd.: 23)

Auch wenn es hier nicht explizit gesagt wird, ist davon auszugehen, dass die individuelle Situation und die Lebensgeschichte jeweils kommunikativ bzw. narrativ vermittelt werden müssen. Insofern ist es nur konsequent, wenn im vierten Teil des Lehrbuchs mit dem Titel „Diagnostische und therapeutische Verfahren psychosomatischer Krankenversorgung“ dem ärztlichen Gespräch – „jenem bisher in Theorie und Praxis der Medizin stark vernachlässigten Bereich“ (ebd.: 361) – ein eigenes Kapitel gewidmet wird (Kap. 18, Wolfgang Wesiack). Dieses Kapitel betont gleich zu Beginn die grundlegende Bedeutung des Gesprächs als „zentrales Kommunikationsmittel zwischen Arzt und Patient“:

Die psychosomatische Medizin, die sich die Aufgabe gestellt hat, die gesamte Interaktion zwischen Arzt und Patient zu umfassen, und dabei vor allem die Aspekte der Beziehung und des emotionalen Erlebens berücksichtigt, ist in ganz besonderem Maße genötigt, die diagnostischen und therapeutischen Qualitäten des gesprochenen Wortes zu untersuchen und zu nützen. (ebd.)

Nachdem das Gespräch, obwohl es in den Sprechstunden und am Krankenbett ununterbrochen praktiziert wird, bei der Entwicklung diagnostischer und therapeutischer Techniken „lange Zeit keinen Platz in der medizinischen Theorie“ hatte, soll es nun „einer wissenschaftlichen Analyse zugänglich“ gemacht und „in den Bereich der lehr- und lernbaren ärztlichen Verhaltensweisen überführt“ werden (ebd.).

Der Terminus „ärztliches Gespräch“ wird dabei sehr weit gefasst: als „Über- bzw. Sammelbegriff für alle zwischen Arzt und Patient gewechselten Worte“. Auffallend ist, dass die Autoren hier schon auf den „Zeitfaktor“ hinweisen: Für die Kommunikation mit dem Patienten werde immer weniger Zeit vorgesehen, weil „die theoretische Bedeutung des ärztlichen Gesprächs nicht erkannt oder mißachtet“ werde (ebd.). Die Autoren hoffen, dass dieser „beklagenswerte Zustand“ sich künftig verbessert, fürchten aber – leider zu Recht –, dass dies ein Problem bleiben wird (ebd.: 361f.).

Den Ausgangspunkt für die Betrachtung des ärztlichen Gesprächs bilden zwei exemplarische Krankheitsfälle (Kap. 18.2): der eines 49-jährigen übergewichtigen Mannes mit Herzproblemen und der einer 29-jährigen Patientin, die unter Schlaflosigkeit, Unruhe und Herzklopfen leidet. Anschließend wird zunächst eine „Strukturanalyse“ des Gesprächs vorgenommen. Präsentiert werden zum einen der „Versuch einer informationstheoretischen Analyse“

(Kap. 18.3), zum anderen eine „psychoanalytische Interpretation des ärztlichen Gesprächs“ (Kap. 18.4).

Für Arzt-Patient-Kommunikation sind in der 1. Auflage noch weitere Kapitel relevant: „Die Institutionalisierung der psychosomatischen Medizin im klinischen Bereich“ (Kap. 15, Karl Köhle und Peter Joraschky) und „Anamneseerhebung in der psychosomatischen Medizin“ (Kap. 16, Rolf Adler). Hier werden verschiedene Typen von Gesprächen thematisiert, z.B. das Erstgespräch mit der Schwester, die Visite (Oberarzt- und Chefarztvisite, Pflegevisite) sowie Interaktionen wie Schichtübergabe oder Stationskonferenz. Bei der Anamnese ist es für den Arzt wichtig zu entscheiden, welche psychischen und sozialen Angaben im Zusammenhang mit den erhobenen somatischen Daten relevant sind. Er muss zudem in der Lage sein, die betreffenden Daten zu erheben. Das erfordert eine bestimmte Technik der Anamneseerhebung, für die ein Interviewschema vorgeschlagen wird (Kap. 16.2).

In dem Zusammenhang wird auch ein Beispiel für die Verschriftlichung eines Interviews (Kap. 16.4) gegeben, das anscheinend recht genau den Wortlaut einer Audioaufnahme wiedergibt; allerdings werden – anders als in einem Transkript – konventionelle Satzzeichen wie in geschriebener Sprache verwendet. In Randkommentaren zur Analyse werden verschiedentlich auch Stimme und Sprechweise berücksichtigt.

Schließlich spielt Kommunikation konsequenterweise auch eine Rolle im siebten Teil des Buchs, in dem es um „Psychosomatische Aspekte internistischer Krankheiten“ geht (ebd.: 557ff.). Hier ist vor allem Kapitel 48 „Zum Umgang mit unheilbar Kranken“ (Karl Köhle, Claudia Simons, Hubert Urban) zu erwähnen, in dem das Gespräch einen besonderen Stellenwert hat.

Fazit: Das Gespräch mit dem Patienten spielt in der Psychosomatik Thure von Uexkülls von Anfang an eine wichtige Rolle, die in verschiedenen thematischen Zusammenhängen deutlich wird. Im Sachverzeichnis wird beim Stichwort „Gespräch“ vor allem auf das oben genannte Kapitel 16 über die Anamneseerhebung verwiesen. Außerdem findet sich ein Hinweis auf ein Kapitel, das ein beispielhaftes Gespräch mit einem Herzinfarktpatienten enthält. Dessen Redebeiträge sind in indirekter Rede wiedergegeben.

Die 2., „durchgesehene Auflage“ von 1981 hat einen unwesentlich größeren Umfang als die erste; der Inhalt wurde dem Vorwort zufolge weitgehend unverändert übernommen. Speziell das Erzählen bzw. das Narrativ wird in den beiden ersten Auflagen nicht eigens thematisiert und auch im Sachverzeichnis

nicht aufgeführt. In der 3. Auflage von 1986 tritt das Erzählen jedoch stärker in Erscheinung.

Die allmähliche Entwicklung des Interesses am Erzählen

Die 3. Auflage von 1986 ist, ebenso wie später die 4., ausgewiesen als „neu bearbeitet und erweitert“; im Vorwort wird sie sogar als „eine fast durchgängige Neufassung“ charakterisiert. Die rasche Entwicklung auf verschiedenen Gebieten der Psychosomatischen Medizin, heißt es dort, habe zu neuen Einsichten und neuen Gewichtungen geführt. Auch in bisher nur somatisch orientierten Disziplinen sei das Interesse an dieser Ausrichtung gewachsen. Die Gliederung wurde im Wesentlichen beibehalten. Das Buch wurde aber im Umfang erheblich erweitert (von 860 auf 1355 Seiten); Teil II „Allgemeine Psychosomatik“ enthält mehrere Kapitel neuer Autoren. Hinzugefügt wurde ferner ein gesondertes Verzeichnis der Fallberichte.

Schon Kapitel 1 „Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell“ (Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack) lässt deutliche Unterschiede zur vorherigen Version erkennen, auch manche theoretischen Neuansätze, darunter auch solche aus der linguistischen Gesprächsforschung, die für den vorliegenden Zusammenhang besonders interessant sind.

Das Kapitel über das ärztliche Gespräch von Wolfgang Wesiack (hier als Kap. 14) steht wie in den beiden vorherigen Auflagen im Teil „Diagnostische und therapeutische Verfahren“. Hier sind auf den ersten Blick keine wesentlichen Änderungen erkennbar. Das Gespräch mit vielfältigen Aspekten steht aber auch in Kapitel 15 im Vordergrund: „Die Krankenvsiste – Probleme der traditionellen Stationsarztvsiste und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts“ (Dirk Fehlenberg, Claudia Simons, Karl Köhle). Das Kapitel ist in dieser Form neu (vorher war es der Anamneseerhebung untergeordnet). Es beginnt mit einer ausdrücklichen Wertschätzung der Arzt-Patient-Kommunikation in der Psychosomatik:

Psychosomatisch verstandene Medizin ist in einem besonderen Ausmaß auf den intensiven Dialog zwischen Arzt und Patient angewiesen. Der Zugang zur individuellen Wirklichkeit des Patienten [...] erschließt sich nur im direkten persönlichen Kontakt, durch ein Gespräch, das auf dem Hintergrund einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung geführt werden kann und dessen Thematik auch die Biographie des Patienten mit einbezieht. Erst im Dialog

wird die Erkrankung als Teil der Lebensgeschichte des Patienten, im Hinblick auf ihre Entstehungsbedingungen und ihre subjektiv geprägten Folgen, faßbar. (Uexküll III: 244)

Hier wird nicht nur die Bedeutung der „individuellen Wirklichkeit“ und der Biografie des Patienten betont, sondern als Zugang dazu auch explizit das „Gespräch“ benannt. Damit wird ein starkes Gewicht darauf gelegt, dass der Patient dem Arzt sein je individuelles Krankheitserleben wie auch dessen biografische Einbettung in irgendeiner Weise kommunikativ vermittelt. Zwar ist auch hier nicht ausdrücklich von Erzählen oder vom Narrativ die Rede, aber manche lebensgeschichtlichen Aspekte können anders kaum zum Ausdruck gebracht werden.

In dieses neue Kapitel werden auch Konzepte und Ergebnisse kommunikationsanalytischer Forschung einbezogen, insbesondere Untersuchungen des traditionellen Visitengesprächs.¹² Forschungsergebnisse zu diesem Setting werden zusammengefasst und durch Überlegungen zu ihrer Praxisrelevanz ergänzt. Ausführlich wird auf „[d]ie Veränderung der Stationsarztvisite unter den Zielsetzungen einer psychosomatisch-ganzheitlichen Behandlung (patientenzentrierte Visitenführung)“ (Kap. 15.3) eingegangen, und es werden „[p]raktikable Gesprächsformen für die psychosomatische Visite“ entworfen. Hier werden auch zwei Fallbeispiele herangezogen, aus denen lange verschriftlichte Gesprächsausschnitte präsentiert werden.

Im Zusammenhang mit Gesprächsformen in der Visite wird nun auch ausdrücklich das Erzählen thematisiert, wenn auch vorerst in einer sehr eingegrenzten Weise: Es erscheint als eine Form von Initiative, die der Patient ergreifen kann, mit der er aber oft keinen Erfolg hat. Denn wenn er dies entgegen den Erwartungen des Arztes tut, entsteht möglicherweise ein Konflikt. Dieser Aspekt des unerwünschten Erzählens wird in der 4. Auflage von 1990 noch etwas weiter ausgeführt, darum zitiere ich hier die neuere Version:

Das **Erzählen**. Der Konflikt zwischen Patient und Arzt resultiert bei Erzählungen – sofern sie überhaupt ansatzweise zugelassen werden – daher, daß

¹² Man findet hier zum Beispiel Hinweise auf Autoren und Autorinnen aus der Konversationsanalyse (wie Harvey Sacks), der Erzählforschung (wie Uta Quasthoff) und der Analyse medizinischer Kommunikation (wie Armin Koerfer und Thomas Bliesener). Ein Gesamtliteraturverzeichnis des Bandes ist im Internet zugänglich (<http://shop.elsevier.de/uexkuill-literaturverzeichnis>) (02.07.2020).

der Arzt an den entsprechenden Stellen gemäß den für ihn im Vordergrund stehenden medizinischen Erfordernissen einen Bericht erwartet und sein Rückmeldeverhalten entsprechend ausrichtet. Das vom Patienten initiierte Muster – Erzählung – wird in den Reaktionen des Arztes nicht aufgenommen (insbesondere fehlen expansionsstimulierende Elemente), sondern durch Rückfragen, Minimalreaktionen und Ähnliches zum Erliegen gebracht. (Uexküll IV: 267f.)

Dass es hier in Bezug auf Patientenerzählungen heißt „sofern sie überhaupt ansatzweise zugelassen werden“ (dieser Zusatz fehlt übrigens in der 3. Auflage), unterstreicht, dass Ärzte diese Art von Initiativen seitens der Patienten im Allgemeinen als problematisch oder zumindest nicht selbstverständlich ansehen. Als typischer Auftakt für das Erzählen einer Geschichte wird beispielhaft ein Fall angeführt, in dem der Arzt die Patientin zunächst auch dazu ermuntert, aber als sie beginnt, sie sogleich unterbricht. Durch seine Reaktion wird das Thema dieser Initiative so verändert, dass es der Patientin in der restlichen Zeit der Visite nicht mehr gelingt, zum Kern ihrer Erzählung vorzudringen (ebd.: 447). In solchen Fällen verkürzen die Patienten typischerweise die Erzählmuster und bedienen damit zugleich das vom Arzt erwartete Muster.

Behandelt wird das Erzählen auch in dieser 4. Auflage nicht im Kapitel über das ärztliche Gespräch, sondern im Zusammenhang mit der Krankenvsitede (hier Kap. 18). In einem „zusammenfassenden Problemaufriß“ charakterisieren die Autoren (dieselben wie in der 3. Auflage) die Stationsarztvisite in ihrer traditionellen Form (Kap. 18.2.2) als „das gescheiterte Arzt-Patient-Gespräch“. Mit den daran anschließenden Überlegungen dazu, wie sich die Stationsarztvisite in einem psychosomatischen Ansatz mit entsprechenden Zielsetzungen verändern muss (Kap. 18.3), erfährt das Erzählen zumindest indirekt eine neue Wertschätzung. Im Sachverzeichnis findet sich allerdings weder in der 3. noch in der 4. Auflage ein Eintrag zu *Erzählen* oder zu *Narrativ*.

In der 5. Auflage (1996) betrachten die Herausgeber im Vorwort die Entwicklung der Psychosomatischen Medizin seit der 1. Auflage des Lehrbuchs, die „die Aufgabe für eine weit in die Zukunft reichende Entwicklung umrissen“ hatte (Uexküll V: V). Der Verlauf dieser Entwicklung mache deutlich, dass die „Integration psychosozialer Aspekte «quer» zu der rasch fortschreitenden Aufsplitterung in Spezialdisziplinen verläuft“ (ebd.). Mit „quer“ sind hier u.a. auch die spezifischen Fragen der Diagnostik und Therapie gemeint.

Die 5. Auflage zeichnet sich laut Vorwort auch dadurch aus, dass die integrative Funktion des Grundkonzepts in den einzelnen Kapiteln stärker betont wird.

Hinsichtlich der Bedeutung des Erzählens zeigen sich keine wesentlichen Neuerungen. Das Thema wird auch hier im Kapitel über die Krankenvsiste behandelt und erscheint gegenüber den vorherigen Auflagen wenig verändert. Allerdings werden mögliche Anknüpfungspunkte von Erzählen deutlicher. Beispielsweise wird in Kapitel 20 „Theorie des diagnostischen Prozesses“ (Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiack) abschließend an einem „exemplarischen Krankheitsfall“ gezeigt, dass eine Teildiagnose (in diesem Fall eine Rippenfraktur) für die Behandlung und Rekonvaleszenz nicht ausreicht, wenn sie nicht in eine Gesamtdiagnose eingeordnet wird. Dazu müssten lebensgeschichtliche Zusammenhänge hergestellt werden. Hier drängt es sich geradezu auf, einen Schritt weiter zu gehen: Um solche Beziehungen zwischen einem singulären (Krankheits-)Ereignis und größeren Lebenszusammenhängen herzustellen, liegt es nahe, den Patienten *erzählen* zu lassen!

Das Kapitel zum ärztlichen Gespräch (Wolfgang Wesiack) hat sich gegenüber den vorherigen Auflagen kaum verändert. Wie in der 4. Auflage richten die Autoren zum Abschluss das „Augenmerk noch auf allgemeine Verhaltensweisen des Arztes [...], die für das Gelingen oder Mißglücken eines ärztlichen Gesprächs verantwortlich sind“ (Uexküll V: 387). In dem Zusammenhang finden sich Hinweise auf weiterführende Literatur auch aus der linguistischen Gesprächsforschung sowie eine Zusammenfassung der „wichtigsten Gebote und Verbote“ für erfolgreiche ärztliche Gespräche (ebd.: 387). Erzählen wird in diesem Zusammenhang allerdings nicht gesondert benannt.

Eine stärkere Gewichtung des Erzählens ist dann ab der 6. Auflage (2003) erkennbar, der letzten, an der Thure von Uexküll noch selbst mitgearbeitet und deren Erscheinen er noch erlebt hat. Dass es ihm wichtig und notwendig erschien, Erzählen und Erzählungen stärker zur Geltung zu bringen, kommt an verschiedenen Stellen zum Ausdruck, besonders deutlich in dem folgenden Zitat aus einem Interview:

Ein Punkt, der nicht vergessen werden darf, ist, daß man den Patienten seine Krankheitstheorie schildern läßt. Was fehlt ihm seiner Meinung nach? Da entsteht ein kleines <Narrativ> als Möglichkeit einer Beteiligung an der Ikonizität. Die Geschichte öffnet einen Raum in der Zeit, in dem der Patient mit dem Arzt in seine Vergangenheit gehen kann. Der Arzt hat damit die Möglichkeit, bei Ereignissen, die der Patient berichtet, <dabei> zu sein.

Dieses Dabeisein ist Voraussetzung dafür, etwas zu verstehen. Der Behandlungsauftrag kommt vom <Narrativ> oder vom Narrativen. (Otte 2001: 186)¹³

In Bezug auf Arzt-Patient-Kommunikation gibt es in der 6. Auflage eine ganze Reihe von Neuerungen. So wurde das bisherige Kapitel von Wolfgang Weslack über das ärztliche Gespräch hier – wie auch in den nachfolgenden Auflagen – nicht wieder aufgenommen, sondern durch zwei andere ersetzt: Zum einen findet sich im Teil „Theoretische Grundlagen“ ein neues Kapitel „Kommunikation“ (Kap. 2, Karl Köhle), in dem sehr differenziert auf den Patienten als Subjekt eingegangen wird, auf sein individuelles Erleben und auf die „Patientenwahrheit“, die nicht die „Arztwahrheit“ ist (Uexküll VI: 45). Zum anderen enthält der Teil „Diagnostik“ ein ebenfalls neues Kapitel „Die ärztliche Konsultation“ (Kap. 26, Jozien Bensing und Wolf Langewitz). Dieses hebt mit Nachdruck die Bedeutung von Kommunikation hervor, die in der Überschrift von Abschnitt 1.1 als ein „unterschätztes Werkzeug in der Medizin“ bezeichnet wird:

Es ist mittlerweile sehr gut belegt, dass Kommunikation wahrscheinlich als das mächtigste Instrument in der Medizin angesehen werden sollte, nicht nur für den Aufbau einer Arbeitsbeziehung mit dem Patienten, sondern auch für den diagnostischen und therapeutischen Prozess [...]. In der täglichen klinischen Praxis ist allerdings das Ansehen der Kommunikation nach wie vor schlecht. (Uexküll VI: 415)

Ein wesentlicher Aspekt für eine „Veränderung der Arzt-Patient-Beziehung“ (Titel von Abschn. 2) liegt darin, welche Relevanzsetzungen Ärzte durch ihr kommunikatives Verhalten dem Patienten übermitteln. Wenn sie nur medizinische Fragen stellen, bekommen sie nur Antworten zur körperlichen Seite der Erkrankung und werden „die Geschichte des Patienten in seinen eigenen Worten nie zu hören bekommen“. Wenn sie hingegen „den Patienten einladen, seine eigene Geschichte zu erzählen, dann werden Patienten dies als ein Zeichen dafür ansehen, dass ihre Erkrankung mehr bedeutet als die Konzentration auf den unmittelbar betroffenen Körperteil“ (ebd.). Ziel der medizinischen Konsultation muss es daher sein, „die komplette Agenda des Patienten aufzu-

¹³ Otte hat eine Biografie von Thure von Uexküll auf der Grundlage von Interviews verfasst, die er mit von Uexküll geführt hat.

decken“ (Abschn. 5.2: 422). Dazu gehört auch, die Belastung durch die Krankheit kennen zu lernen; das wird ermöglicht durch aktives Zuhören, durch Empathie und „alle Techniken, mit denen die Patienten unterstützt werden, ihre eigene Geschichte zu erzählen“ (ebd.).¹⁴

Auch das Kapitel über die Visite wird in der 6. Auflage wieder aufgenommen, mit einer aufschlussreichen Veränderung im Titel: „Die Krankenvisite – Chance für ein weiterführendes ärztliches Gespräch“ (Kap. 29, Dirk Fehlenberg, Claudia Simons, Karl Köhle). In den vorherigen Auflagen stand es jeweils unter der Überschrift „Die Krankenvisite – Probleme der traditionellen Stationsarztvisite und Veränderungen im Rahmen eines psychosomatischen Behandlungskonzepts“.¹⁵ Dass hier ausdrücklich das Gespräch fokussiert wird, steht im Einklang mit der grundsätzlichen Wertschätzung der Kommunikation. Als typisches Beispiel für das Scheitern des Arzt-Patient-Gesprächs in der traditionellen Stationsarztvisite wird der oben skizzierte Versuch einer Patientin angeführt, eine Erzählung zu beginnen, die jedoch vom Arzt unterbrochen wird. Daran wird gezeigt, dass eine psychosomatische Behandlung nur durch eine Veränderung der Stationsarztvisite erreicht werden kann. Und dazu – das suggeriert zumindest der thematische Zusammenhang – gehört eben auch, dass Erzählaktivitäten der Patienten ermöglicht oder wenigstens zugelassen werden.

Neu ist in dieser Auflage schließlich ein „Glossar der Grundbegriffe einer Medizin als Wissenschaft“ (Kap. 89, Thure von Uexküll und Jörg Michael Herrmann). Dieses Glossar enthält auch einen Eintrag „Das Narrativ“ (Uexküll VI: 1364).¹⁶ Darin manifestiert sich zweifellos ein steigendes Interesse an diesem Thema und eine intensive Auseinandersetzung mit dem Narrativ bzw. mit Erzählen auch auf theoretischer Ebene. Der Terminus „Narrativ“ wird definiert als „Textschema, das in allen Kulturen für die Ordnung von Erfahrung und Wissen grundlegend ist“. In diesem Schema „wird ein Zusammenhang von Geschehen und Handlung in eine nach Relevanzgesichtspunkten

¹⁴ Diese für den Uexküll'schen Ansatz zentralen Gedanken nimmt Leiß wieder auf: Für ihn fängt die „ärztliche Tätigkeit mit dem Zuhören an“ (Leiß, im Druck, Kap. 6), und er betont die Rolle des Arztes „als Ermöglicher eines salutogenen Narrativs“ (Leiß, im Druck, Kap. 10).

¹⁵ Vgl. Kap. 15 in der 3. Auflage, Kap. 18 in der 4. Auflage, Kap. 29 in der 5. Auflage.

¹⁶ Der Begriff *Narrativ* wird auch im Sachregister aufgeführt, aber der einzige Eintrag dazu verweist auf die betreffende Seite im Glossar. Diesen Text über das Narrativ hat die AIM in das Glossar auf ihrer Homepage übernommen (<http://uexkuell-akademie.de/glossar/#post-643>) (02.07.2020).

geordnete und unter einer temporalen Anschauungsform stehende Geschichte überführt“ (ebd.). Es wird unterschieden zwischen narrativen und theoretischen Texten. Die Funktion solcher Geschichten komme dann zum Tragen, „wenn erklärungsbedürftige Tatbestände nicht durch eine Theorie (kausaler, funktionaler, statistischer oder rationaler Art) erklärt werden können“ (ebd.). Diese Begriffsbestimmung hebt also abstrakte, schematische und theoretische Aspekte hervor. Sie erweckt fast den Eindruck, als sei das Erzählen von Geschichten sozusagen ein Mittel zweiter Wahl für den Fall, dass die Theorie keine Erklärung bietet. Demnach wäre eine theoretische Erklärung vorzuziehen; nur wenn es eine solche nicht gibt, sind „Geschichten [...] unerlässlich“ (ebd.); dann also müsste man sie „zulassen“. Erstaunlicherweise wird hier kaum an kommunikative Aspekte angeknüpft, die im Buch selbst viel stärker im Zentrum stehen. Wenn es dort heißt, dass in die Diagnosestellung und/oder in die Therapie die Lebensgeschichte des Patienten einbezogen werden muss, so wird die spezifische Leistung des Erzählens im konkreten Arzt-Patient-Gespräch offensichtlich anders gewichtet.

Ab der 7. Auflage zeichnen sich dann sehr deutliche Veränderungen in Bezug auf das Erzählen ab: Dort wird zum ersten Mal ein eigenes Kapitel mit der Überschrift „Das Narrativ“ eingefügt, das einen Aspekt aus dem neu geschriebenen Kapitel über das Arzt-Patient-Gespräch aufgreift und weiter ausführt, und zwar den „narrativen Erkenntnismodus“ aus Kapitel 28.1 „Erkenntniswege im Erstgespräch“ (Karl Köhle). Beides wird auch in der 8. Auflage wieder aufgenommen.

Patientenerzählungen zulassen oder: Der narrative Erkenntnismodus

Die 7. Auflage von 2011 steht unter dem Titel *Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis* und präsentiert sich als „komplett überarbeitet“. Im Vorwort, wo das Buch ausdrücklich als „Lehrbuch“ bezeichnet wird (s.o. Anm. 7), gehen die Herausgeber noch einmal auf Thure von Uexkülls „Gesamtkonzept“ ein und weisen auf die Neubearbeitung hin: 75 der insgesamt 108 Kapitel seien neu verfasst worden. Vor allem für den Bereich Therapie wird in einer kurzen Übersicht über alle Bereiche herausgestellt, dass er „erheblich erweitert und durchgängig aktualisiert“ wurde.

Wie in den meisten vorherigen Auflagen ist auch in der 7. Auflage das Kapitel über das „Arzt-Patient-Gespräch“ (Kap. 28) in den Teil „Diagnostik“ eingegliedert. In der 8. Auflage trägt es dann (hier als Kap. 27) den Titel

„Arzt-Patient-Kommunikation“. Ihm folgt das neue Kapitel über das Narrativ: als Kapitel 29 (7. Aufl.) bzw. 28 (8. Aufl.). Im Folgenden beziehe ich mich auf die beiden Kapitel jeweils in der neueren Version, also der 8. Auflage.

In der 8. Auflage (2016) gibt es zahlreiche weitere Neuerungen – so zu lesen auf dem hinteren Buchdeckel: Neue Themen wurden berücksichtigt, neue Medien einbezogen, und das Buch wurde „stärker auf ärztliches Handeln, Arzt-Patienten-Kommunikation und therapeutische Ansätze, Unterstützung von Krankheitsverarbeitung und Krankheitsverhalten (Adherence) ausgerichtet“. Das Vorwort betont die veränderte Sicht auf Theorie und Praxis durch die „Auffassung, dass Medizin keine angewandte theoretische Wissenschaft, sondern Handlungswissenschaft ist. Als Ärzte sind wir in unserem Handeln dem einzelnen Hilfe suchenden Kranken verpflichtet“ (Uexküll VIII: V). Damit wird auch das verstärkte Interesse an Kommunikation begründet:

In einer als Handlungswissenschaft konzipierten, auf Verständigung und Kooperation ausgerichteten Medizin hat *ärztliches Kommunikationsverhalten* eine zentrale Funktion. Folgerichtig wurden die Beiträge zur Arzt-Patient-Kommunikation erweitert, semiotische und sprachwissenschaftliche Aspekte berücksichtigt. Beispiele und manualisierte Anleitungen erleichtern die Umsetzung in die Praxis. (ebd.)

Die praxisbezogene Ausrichtung wird noch zusätzlich dadurch hervorgehoben, dass im Bereich „Klinik“¹⁷ die Darstellung der einzelnen Erkrankungen jeweils „dem Verlauf ärztlichen Handelns“ folgt. Dabei dient jedes Mal eine Kasuistik als Einführung, d.h. die einzelnen Kapitel beginnen mit einer „Patientengeschichte“, einer zusammenfassenden narrativen Darstellung des Krankheitsverlaufs und der bisherigen Behandlung.

Das Erzählen gewinnt schon vor dem oben genannten eigenen Kapitel besondere Bedeutung: Im Kapitel „Erkenntniswege im Erstgespräch“ (Kap. 27.1) unterscheidet der Autor Karl Köhle zwischen einem „paradigmatischen“ und einem „narrativen Erkenntnismodus“.¹⁸ Schon zu Beginn der Einleitung betont

¹⁷ In der 8. Auflage nimmt der Bereich „Klinik“ (Teil VIII) den größten Teil des Buchs ein: Er umfasst die Kapitel 55–101 (= S. 587–1166) über die einzelnen Erkrankungen.

¹⁸ Köhle übernimmt diese Unterscheidung von J. Bruner (vgl. Uexküll VIII: 290). Der Text von Kap. 27.1 ist mit Ergänzungen und den entsprechenden Literaturhinweisen auch im Internet zugänglich (www.netmediaviewer.de). Darauf folgt Kap. 27.2 „Techniken der patientenzentrierten Kommunikation“ (Langewitz); in Kap. 27.3 nimmt dann Karl Köhle das Thema

er die weitreichende Bedeutung von Kommunikation als zentraler Aufgabe ärztlichen Handelns. Insbesondere bei der ersten Begegnung präge das Gespräch die Beziehung zum Patienten (Uexküll VIII: 289). Mit Bezug auf von Uexkülls Gesamtkonzept verweist Köhle darauf, dass „für die klinische Arbeit im Rahmen des biopsychosozialen Verständnismodells gerade auch Kenntnisse über die individuelle Wirklichkeit unserer Patienten, ihr Erleben der Alltagswelt und die subjektive Bedeutung der von ihnen berichteten belastenden Ereignisse“ benötigt werden (ebd.). Zugang zu diesen Erfahrungen erhält man ihm zufolge auf zweierlei Weise: über den paradigmatischen und über den narrativen Erkenntnismodus.

Der paradigmatische Modus erlaubt, mithilfe gezielter Fragen die Beschwerden aufgrund bestimmter Merkmale medizinischen Kategorien zuzuordnen: Aus den Klagen des Patienten wird im Verlauf dieses Verfahrens „ein Fall von ...“ (ebd.: 290). Das medizinische Wissen zu dieser Art von Fällen erlaubt dann deduktive Schlussfolgerungen: „Wenn ein Fall von ..., dann gilt ...“. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist bei diesem Vorgehen immer eine asymmetrische zwischen einem Experten und einem hilfeschuchenden Laien. Die Daten werden aus ihrem Kontext isoliert, und der so gewonnene Krankheitsbericht entspricht nicht unbedingt dem tatsächlichen Anliegen des Patienten.

Der narrative Erkenntnismodus nutzt die Fähigkeit des Menschen, Erfahrungen und Erlebnisse in Form von Geschichten zu erzählen und als Zuhörer solche Geschichten zu verstehen. „«Narrative» ermöglichen einem Erzähler, Handlungen und Geschehnisse aus seiner subjektiven Sicht regelgeleitet zu einem sinnvollen Ganzen zu verbinden und zu kommunizieren. Narrative präsentieren und repräsentieren die subjektive Wirklichkeit des Erzählers“ (ebd.). Der Arzt lässt sich vom Patienten durch Geschichten in dessen Welt einführen und gewinnt dadurch ein Verständnis von seinen Belastungen. So entsteht zwischen Arzt und Patient eine partnerschaftlich-dialogische Beziehung.

Zwei Gesichtspunkte sind hier besonders interessant und in einem medizinischen Lehrbuch sicher ungewöhnlich: Zum einen wird der Arzt angeregt, sich nicht nur damit zu beschäftigen, *was* erzählt wird, sondern auch damit,

„Sprechen mit unheilbar Kranken“ wieder auf (ebenfalls im Internet zugänglich). In der 7. Auflage ist als Kap. 28.2 „Anamnese und körperliche Untersuchung“ (Rolf H. Adler) eingeschoben, und als Kap. 28.4 wurde „Das Gespräch bei der Visite“ (Heidemarie Weber) hinzugefügt.

wie es erzählt wird. Zum anderen wird in die Darstellung des „narrativen Erkenntnismodus“ das Zuhören und damit die interaktive Seite des Erzählens einbezogen, wenn es heißt: „Auch als Zuhörer wirken wir an der Gestaltung der Erzählung mit, unabhängig davon, ob uns der Patient zunächst unzusammenhängend erscheinende Assoziationen oder schon ausformulierte Geschichten anbietet. Unser Anteil passt sich der Aktivität des Patienten an, ergänzt sie komplementär“ (ebd.). Die Mitgestaltung erfolgt nicht nur durch sprachliche Elemente wie beispielsweise offene Fragen, sondern auch mithilfe anderer kommunikativer Ressourcen, z.B. Blickkontakt, Kopfnicken oder lautlicher Hörersignale. Diese Beiträge werden als „Gegenleistungen“ des Arztes bezeichnet; es wird betont, dass sie „nicht als ‚geschickte Gesprächstechnik‘ missverstanden werden“ sollen (ebd.).

Am Ende des Abschnitts über den „narrativen Erkenntnismodus“ wird eine Art Fazit formuliert, das drucktechnisch und farblich hervorgehoben ist: „Im Zuhören und mit auf den ersten Blick unbedeutend erscheinenden Interjektionen erkennen wir vorausgegangene ‚Leistung‘ des Patienten an. Unsere ‚Antwort‘ zeigt ihm, dass er etwas bewirkt. Damit fühlt er sich in seinem Selbsterleben unterstützt“ (ebd.). Dieses Fazit steht am Übergang zum Kapitel „Wege zur Integration in der Praxis“ (Kap. 27.1.3), in dem es darum geht, wie die beiden dargestellten Erkenntnis Modi im klinischen Alltag miteinander verbunden werden können. Bemerkenswert ist gleich im ersten Abschnitt die Erwähnung des Internisten und Psychoanalytikers Felix Deutsch, der Wert darauf legte, die Ausführungen der Patienten auf der Grundlage von Tonaufzeichnungen und Transkriptionen zu interpretieren, um der „Tendenz zur Selbsttäuschung von Ärzten“ in Bezug auf Arzt-Patient-Gespräche entgegenzuwirken (ebd.: 291).

Eine Möglichkeit, den narrativen Erkenntnismodus in der Praxis zu nutzen, ist, bei der Gesprächsführung einer „biografischen Orientierung“ zu folgen, d.h. im Anamnesegespräch Viktor von Weizsäckers viel zitierte Fragen *Warum gerade jetzt, Warum gerade hier* und *Warum gerade so*“ zu stellen (ebd.). Im Gesamtkontext der Psychosomatik von Uexkülls drängt sich diese Orientierung geradezu auf. Die immer wieder betonte Notwendigkeit, den lebensgeschichtlichen Kontext der Erkrankung zu berücksichtigen, legt es nahe, nicht nur „zuzulassen“, dass Patienten erzählen, sondern ihnen dafür ganz bewusst Raum zu geben.

Die „narratologische Orientierung“ (ebd.: 292), die der narrative Erkenntnismodus mit sich bringt, hat auch maßgeblich zur Entwicklung einer Form

von Fallarbeit beigetragen, die Bestandteil des Uexküll'schen Konzepts der „integrierten Medizin“ ist: die „reflektierte Kasuistik“, die das Vorgehen im gesamten Verlauf der Fallarbeit bestimmt (ebd.) und in der auch narrative Elemente eine Rolle spielen.¹⁹ Darüber hinaus legt sie nahe, auch narratologische Forschungen aus anderen Disziplinen heranzuziehen und dabei insbesondere sprachwissenschaftliche Forschungsergebnisse zu berücksichtigen. Diese Ansätze und das Plädoyer für eine stärkere und systematischere Berücksichtigung des Erzählens finden ihren Ausdruck vor allem in dem Kapitel über das Narrativ, das Karl Köhle zusammen mit einem Linguisten, Armin Koerfer, verfasst hat.²⁰

Ein eigenes Kapitel zum „Narrativ“

„Nur Anekdoten und Geschichten“ ergäben sich aus einer biografischen Anamnese – mit diesem Ausspruch eines ärztlichen Kollegen leitet Karl Köhle das Kapitel „Das Narrativ“ ein. Die Bemerkung habe ihn „irritiert“, darum habe er für den nächsten aufzunehmenden Patienten eine gemeinsame Untersuchung vorgeschlagen. Der betreffende Fall wird in Form einer „Patientengeschichte“ (s.o.) kurz zusammengefasst:

Der 60-jährige Pat. war nachts nach einem akuten Herzinfarkt aufgenommen und versorgt worden. Auf meine vorsichtige Frage nach seiner Lebenssituation blickte er mich zugleich erstaunt und traurig an: Am Vortag habe er sich aus der „Handwerksrolle“ streichen lassen. Mit seiner vom Vater übernommenen Korbflechterei habe er sich trotz maximaler Anstrengung nicht mehr gegen Billigimporte behaupten können. Der Wahlspruch des Vaters, „Handwerk hat goldenen Boden“, habe so für ihn leider seine

¹⁹ Es wäre sehr reizvoll, sich im Einzelnen mit der Rolle des Erzählens in der „Reflektierten Kasuistik“ zu beschäftigen, zumal diese auch auf Tagungen oder bei Modellwerkstätten und in den Regionalgruppen der AIM häufig praktiziert und viel diskutiert wird. Aber das würde in diesem Rahmen zu weit führen. Einen Einblick in die Diskussion gibt Geigges 2013. Leiß (im Druck, Kap. 8) geht ausführlich auf die „Reflektierte Kasuistik als methodisches Werkzeug der Integrierten Medizin“ ein, auch auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zur Arbeit von Balintgruppen.

²⁰ Diese interdisziplinäre Kooperation hat sich auch schon in früheren Veröffentlichungen niedergeschlagen, z.B. Koerfer/Köhle/Oblers 2000, Koerfer/Köhle 2007, Koerfer et al. 2010.

Gültigkeit verloren. Wir spürten tiefe Niedergeschlagenheit und Resignation.

In nur 3 Minuten vermittelte uns der Pat., in welcher krisenhafter Lebenssituation er krank geworden war [...] (Uexküll VIII: 325)

Es waren also keineswegs nur belanglose „Anekdoten und Geschichten“, die der Arzt aus dieser Form der Anamnese gewann. Den Patienten seine aktuelle Lebenssituation erzählen zu lassen, erwies sich vielmehr als eine wichtige Voraussetzung für seine Behandlung. Das überzeugte offenbar auch den zunächst skeptischen Kollegen. „Uns schien evident zu sein, dass der vom Patienten angebotene Einblick in seine individuelle Wirklichkeit für die weitere Planung seiner Therapie und Rehabilitation relevant war. In der klinischen Arbeit erhalten wir solche ‚data‘ [...] in Fülle, wenn wir zulassen, dass Patienten von sich erzählen“ (ebd.).

Allerdings sind die „Patientengeschichten“ wie oben schon erwähnt keine Erzählungen der Patienten selbst, sondern ärztliche Zusammenfassungen dessen, was die Patienten im Gespräch mit dem Arzt erzählen. Dementsprechend wird über die Patienten in der dritten Person berichtet, wobei häufig Äußerungen von ihnen in direkter oder indirekter Rede wiedergegeben werden.

Im Kapitel über das Narrativ dienen neben dem oben zitierten Einleitungsbeispiel sechs weitere Patientengeschichten dazu, verschiedene Aspekte der „Komposition“ von Erzählungen (Kap. 28.3) und Funktionen des Erzählens (Kap. 28.4) zu illustrieren. Darüber hinaus werden im Text kurze Ausschnitte aus den Gesprächen selbst wörtlich zitiert, von denen einige auch als Audioaufnahmen zugänglich sind.²¹ Schließlich werden zu einzelnen Fällen auch längere Ausschnitte aus Gesprächstranskripten wiedergegeben. Diese verschiedenen Typen von Daten lassen eine hohe Wertschätzung der Arzt-Patient-Gespräche und insbesondere der Krankheitserzählungen der Patienten erkennen.

²¹ Zu dem Kapitel werden im Internet (<http://www.netmediaviewer.de>) (20.08.2020) multimediale Ergänzungen zur Verfügung gestellt, auf die jeweils im Verlauf des Textes hingewiesen wird. Dazu gehören Transkripte, einzelne Patientenäußerungen aus Audioaufnahmen und Filmausschnitte, u.a. aus einem Interview, das Maximiliane Mainka mit Thure von Uexküll geführt hat („Freiburger Interview“).

Wie die verschiedenen Datentypen miteinander verbunden werden, zeigt bereits das erste Beispiel im Abschnitt 28.3.1 „Transformation: von der Chronik zum Narrativ“ (ebd.: 326). Hier wird zunächst ein Gesprächsanfang zitiert:

A: So, Frau K., jetzt schildern Sie mir Ihre Symptome ... äh ... Ihre Beschwerden.

P: Schwindel, dermaßen schlimmer Schwindel, dass ich kaum noch gehen kann.

Danach folgt die „Patientengeschichte“:

„Bis es nicht mehr ging“

Frau K. klagt über „Schwindel“, der sie seit 1 ½ Wochen massiv behindere. Seit 22 Jahren hilft sie, ihr von Trisomie beeinträchtigtes Enkelkind zu versorgen, seit 4 Jahren pflegt sie nach einem Schlaganfall ihren an Herzrhythmusstörungen leidenden Ehemann. Nun sorgt sie sich auch noch um ihre Tochter, bei der vor 6 Monaten „Multiple Sklerose“ diagnostiziert wurde. (ebd.)

Wie die Patientin selbst dem Arzt ihre Krankheitsgeschichte erzählt, kann man anhand des Gesamttranskripts nachvollziehen, das im Internet zugänglich ist. Ihre Erzählung ist dadurch charakterisiert, dass sie eine Reihe von Vorfällen (Erkrankungen von Familienangehörigen) mit ihrer eigenen Krankengeschichte verknüpft und sie dadurch neu ordnet: Sie „transformiert [...] die chronologische Sukzession dieser Vorfälle (Chronik) in einen ‚Plot‘“ und macht durch diese „neue Konfiguration [...] das Ausmaß ihrer krankheitsbedingten Behinderung“ deutlich (ebd.: 327).²² Die psychische Belastung durch die Schwindelerkrankung wird in der Darstellung durch wörtliche Zitate aus dem Gespräch zur Geltung gebracht, die im Ergänzungsmaterial im Internet auch als Tonaufnahme zu hören sind, z.B.: *Also, ist sehr schlimm, Herr Doktor. Ich geh ungeheuerlich gegen mich an. Das ist so schlimm, ich kann die Kinder von meiner Tochter nicht mehr nehmen. Und dat heißt schon wat* (ebd.). Die Einbindung des Originaltons unterstreicht zusätzlich, dass es beim Erzählen der Krankheitsgeschichte nicht nur um die geschilderten Beschwerden geht, die entsprechend dem „paradigmatischen Erkenntnismodus“ als bestimmte Symp-

²² Das Konzept ‚Transformation‘ wird hier von Ricœur übernommen (Uexküll VIII: 327). Die Transformation in der Patientengeschichte wird auch in einer schematischen Darstellung (ebd.: Abb. 28.2) verdeutlicht.

tome klassifiziert werden können, sondern dass für den „narrativen Erkenntnismodus“ auch die Art ihrer Darstellung relevant ist. So bekommt die „Komposition“ (so der Titel von Kap. 28.3) auch eine interaktive Dimension: „Die Umorganisation der Ereignisfolge zum Narrativ dient gleichzeitig dem Selbstverständnis der Sprecherin und der Einbeziehung des Hörers“ (ebd.).

Zur „Komposition“ gehört neben der „Transformation“ auch eine „Dramaturgie“ (Kap. 28.3.2), die mit „Referieren“ und „Evaluieren“²³ die „beiden Hauptfunktionen des Erzählens“ umfasst. Köhle und Koerfer orientieren sich hier an einer „Normalform“ mündlicher Erzählungen, die von den Linguisten Labov und Waletzky (1967) auf der Grundlage eines Corpus von Erzählungen in Interviews erarbeitet wurde und in der Erzählforschung viel Beachtung gefunden hat. Danach lässt sich die Globalstruktur einer mündlichen Erzählung als eine Abfolge von sechs Elementen beschreiben: Abstract, Orientierung, Komplikation, Evaluation, Resolution, Coda.²⁴ Mithilfe dieser Elemente analysieren Köhle und Koerfer die Erzählung der Patientin von ihrer Schwindelerkrankung. Dabei wird insbesondere der Unterschied zwischen Referieren und Evaluieren deutlich: Die Patientin referiert „die <berichtenswertesten>, für den Verlauf relevanten Ereignisse“; erzählt werden dagegen z.T. „unerhörte“ Ereignisse aus der Krankengeschichte ihrer Tochter – das entspricht der „Komplikation“ (Uexküll VIII: 327). Sie bewertet die Ereignisse als *sehr schlimm* (s.o.) oder mit *es war furchtbar*; sie zitiert den Neurologen, der über ihre Tochter sagt: *es ist ein ganz, ganz schlimmer MS-Fall* (ebd.: 328). Wichtig für ihre eigene Krankheit ist vor allem ihre Einstellung dazu, die durch die Reformulierung besonders hervorgehoben wird: *Und da werde ich nicht mit fertig. Da werde ich nicht mit fertig.*

²³ Der Titel von Kap. 28.3.2 lautet „Dramaturgie: vom Referieren zum Evaluieren“.

²⁴ Köhle und Koerfer stellen schematisch eine Weiterentwicklung dieser Normalform dar, in der die „Evaluation“ an der Spitze steht (Uexküll VIII: 328, Abb. 28.3); dabei beziehen sie sich auch auf Labov (1972), der die Evaluation nicht als ein Element in der Abfolge der Erzählung auffasst, sondern als eine die ganze Erzählung durchziehende sekundäre Struktur. Eine kritische Würdigung des Modells von Labov und Waletzky findet sich in Bamberg 1997; aus der Sicht der Gesprächsforschung wird vor allem das Fehlen der Interaktion kritisiert (vgl. dazu Gülich/Mondada 2008, Kap. 9). Auch Köhle und Koerfer weisen darauf hin, dass das Modell von Labov und Waletzky die Hörerperspektive vernachlässigt, die sie gerade für die Medizin als besonders wichtig herausstellen (Uexküll VIII: 330).

Diese Evaluation kontrastiert die Patientin nun mit Selbstbewertungen hinsichtlich ihrer früheren Fähigkeit zur Bewältigung schwieriger Situationen: Sie sei *sonst sehr stabil* gewesen, habe *alles immer im Griff gehabt*, ihre Tochter habe immer gesagt: *ich hab die Kraft von der Mutti bekommen* (ebd.; vgl. Kap. 28.3.3 „Verlaufsformen“). Indem sie von ihren früheren Leistungen erzählt, vergewissert sie sich ihrer Kompetenzen. „Bereits die Prozedur der **Narrativkomposition** trägt zur Wiederherstellung von Kohärenzerleben bei“ (ebd.: 329). Die Stabilisierung des Selbstgefühls (Kap. 28.4.1) ist eine zentrale Funktion des Erzählens, die auch für die Beziehung zwischen Arzt und Patient wichtig ist. „Wer erzählt, möchte einen anderen <erreichen>, sich verstanden fühlen. Der Erzähler möchte den Hörer in seine Geschichte einbeziehen [...]“ (ebd.: 330). Die Beispielanalyse zeigt, dass der Arzt der Patientin zuhört und ihr Leiden und ihre Probleme anerkennt. Die Patientin verfügt über eine ausgeprägte narrative Kompetenz, sie ist in der Lage, dem Arzt ihre Situation ‚vor Augen zu führen‘, sodass er „das Erlebte *mitfühlen* und *nachvollziehen* kann“ (ebd.). Die kommunikativen Verfahren, die sie dazu einsetzt, werden von Köhler und Koerber sehr genau und differenziert beschrieben (sprachliche Mittel wie direkte Rede ebenso wie stimmliche und körperliche Ressourcen, z.B. Blickrichtung und Körperhaltung). Dadurch wird die zweite wichtige Funktion des Erzählens „Vergangenes vergegenwärtigen“ (Kap. 28.4.2) deutlich herausgearbeitet.

Weiterhin wird betont, dass diese Funktionen interaktiv realisiert werden, der zuhörende Arzt spielt also bei der narrativen Rekonstruktion der Krankheitsgeschichte auch eine wichtige Rolle. Diese Auffassung ist in der traditionellen Medizin alles andere als selbstverständlich: „In der Medizin wird die Fähigkeit des Arztes zuzuhören, seine Rolle als *Co-Konstrukteur* im Erkenntnisprozess [...] noch kaum reflektiert“ (ebd.: 331). Ein Kernpunkt der Konzeption des Narrativs liegt also nicht zuletzt auch darin, das „Erzählen als Co-Konstruktion“ zu verstehen (Kap. 28.5). Damit wird es in einen direkten Zusammenhang mit einer zentralen Aufgabe der Psychosomatischen Medizin gebracht: dem Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit. Thure von Uexküll hat diesen Gedanken immer wieder zum Ausdruck gebracht. Er geht auch in dem „Freiburger Interview“ (s.o. Anm. 21) ausführlich darauf ein, dass Arzt und Patient in verschiedenen Wirklichkeiten leben. Der Arzt wisse nicht, wie die Wirklichkeit des Patienten aussieht, ebenso wie der Patient die Wirklichkeit des Arztes nicht kenne. Damit überhaupt eine diagnostische und therapeu-

tische Beziehung entstehen könne, müssten Arzt und Patient sich auf eine zumindest in Teilen gemeinsame Wirklichkeit einigen.

Der Fall der Patientin mit den Schwindelattacken – dessen Darstellung etwa die Hälfte des Narrativ-Kapitels einnimmt – zeigt, dass Erzählen im Sinne einer Co-Konstruktion entscheidend zur Entstehung einer solchen gemeinsamen Wirklichkeit beiträgt. Darüber hinaus kann es offenbar auch selbst heilende Wirkung entfalten: Eine Anmerkung zu diesem Fall weist darauf hin, dass die Patientin im Rahmen einer katamnestischen Befragung sieben Jahre später berichtete, sie habe nach diesem Gespräch nie wieder an Schwindel gelitten (ebd.).

Insgesamt ist auffällig, wie viel im Kapitel über „Das Narrativ“ mit konkreten Fällen gearbeitet wird: Die behandelten Themen werden systematisch durch Fallpräsentationen eingeleitet und bestimmte Aspekte an Transkriptausschnitten verdeutlicht. Die sieben geschilderten Fälle belegen vor allem, dass bzw. in welchem Maße es für die Diagnose und Behandlung wichtig ist, die Patienten erzählen zu lassen oder sie sogar dazu anzuregen. Das wird neben mehreren „positiven“ Fällen auch anhand eines Negativbeispiels verdeutlicht, in dem der Arzt der Patientin keine Möglichkeit zum Erzählen gibt, sondern durch eine Serie von „Trichterfragen“ den Fokus schnell auf körperliche Symptome verengt. „Mit dieser ‚Technik‘ gelingt der Zugang zur individuellen Wirklichkeit von Patienten meist nicht“ (ebd.: 332). So wird die Chance vertan, mithilfe des narrativen Erkenntnismodus zu einer Diagnose zu kommen.

Die Rolle des Narrativs für die Diagnosestellung wird noch einmal eingehend im letzten Teil des Kapitels behandelt, in dem ein zentraler Aspekt der Uexküll'schen Psychosomatik zum Tragen kommt: „Semiotische Arbeit in ärztlicher Diagnostik“ (Kap. 28.6). In diesem Rahmen werden Narrative als „komplexe semiotische Systeme“ aufgefasst und ihre diagnostische Relevanz wird ausdrücklich festgestellt: „Wenn wir in einer <integrierten Medizin> <Krankheit> auch im Zusammenhang mit Passungsstörungen zwischen dem Patienten und seiner Umwelt konzipieren, können Patientenerzählungen entscheidend zu einer <umfassenden> Diagnostik beitragen“ (ebd.: 335). Das hängt wesentlich mit der dadurch erreichten Stabilisierung des Selbstgefühls und der Wiederherstellung von Kohärenzerleben²⁵ zusammen, die zuvor am

²⁵ Die Funktion der Narrative als komplexe semiotische Systeme besteht darin, „Erfahrungen und Erlebnisse für sich oder in Kommunikation mit anderen (wieder) zu einem kohärenten funktionalen Ganzen zu verbinden“ (ebd.: 335).

Beispiel der Patientin Frau K. gezeigt wurde. Bei dieser „semiotischen Arbeit“ benötigen die Patienten Unterstützung durch den Arzt, um „Fragmente zu einem Ganzen [zu] verbinden“ (Kap. 28.6.1) und so „ihr fragmentiertes oder negativ bewertetes (Lebens-)Narrativ zu ‹heilen›“ (ebd.). Das gelingt oft nur, wenn auch der Arzt „konzeptgeleitet Verbindungsarbeit“ leistet (ebd.: 335f.). Diese kann beispielsweise darin bestehen, dass er hilft, Erlebnisse oder Erfahrungen des Patienten zu versprachlichen, die diesem selbst „unsagbar“ erscheinen,²⁶ und somit bei dessen Lebensnarrativ „die Rolle eines Co-Konstrukteurs“ übernimmt (ebd.: 338).²⁷ Wie das im Einzelnen vor sich geht, zeigen Köhle und Koerfer an einem Transkriptausschnitt, der anders als die „Patientengeschichte“ erlaubt, Zusammenhänge zwischen Kindheitserlebnissen und Krankheitsentwicklung detailliert zu rekonstruieren. Diese interaktive Konstruktion einer „gemeinsamen Wirklichkeit“ kann auch „‹Vergessenes› wieder auffinden helfen“ (Kap. 28.6.3), wie an einer letzten, ungewöhnlich langen Patientengeschichte („Versteinert“, ebd.: 339) gezeigt wird.

Das Narrativkapitel endet mit einer Anmerkung zur Bedeutung des Erzählens für den psychotherapeutischen Diskurs (ebd.: Fußn. 9), die eine Brücke zur interdisziplinären Erzählforschung schlägt.

Die deutlich gestiegene Bedeutung des Themas Erzählen im Uexküll-Lehrbuch schlägt sich in der 8. Auflage schließlich auch sehr anschaulich im Sachregister nieder: Während es in den früheren Auflagen (mit Ausnahme der 6.) weder zu *Narrativ* noch zu *Erzählen* oder *Erzählung* Einträge gab, sind hier nicht nur Einträge für beide Begriffe zu finden, sondern zusätzlich für weitere verwandte Begriffe (u.a. *Narrativer Diskurs*, *Narratologie*). Außerdem werden zahlreiche Unterbegriffe aufgeführt, allein für *Narrativ* sind es über 40. Diese Auflistung lässt eine ebenso umfassende wie differenzierte Beschäftigung mit dem Thema erkennen. Allerdings beziehen sich fast alle Verweise auf das Narrativ-Kapitel; in den übrigen Kapiteln scheint das Erzählen also keine besondere Rolle zu spielen.

²⁶ Der Titel von Kap. 28.6.2 lautet: „Unsagbares in seinem Fortwirken verstehen“.

²⁷ Vgl. dazu auch in Kap. 37 „Systemische Therapie und Familiendynamik“ den Abschnitt 37.5.2 „Krankengeschichte als Lebenserzählung (Narrativ)“.

Erzählen als Dreh- und Angelpunkt einer sprechenden Medizin

„Die Tatsache, daß Menschen Geschichten erzählen, wurde für Thure von Uexküll zum Dreh- und Angelpunkt einer sprechenden Medizin“ (Otte 2001: 186). Diese Entwicklung lässt sich auch an den verschiedenen Auflagen seines Lehrbuchs nachvollziehen: Von der Rolle der Lebensgeschichte für den Aufbau der individuellen Wirklichkeit des Patienten, die im ersten Kapitel der 1. Auflage thematisiert wird (s.o.), bis zum Kapitel über das Narrativ in der 8. Auflage kommt das Interesse am Erzählen immer deutlicher zum Ausdruck. In einem seiner Gespräche mit Rainer Otte hat Thure von Uexküll die lebenswichtige Bedeutung so zusammengefasst: „Wenn wir unsere Wirklichkeit erzählen, erfinden wir sie jedes Mal neu. Eine Erzählung ist das Schicksal eines Menschen. Sie konstruiert ein Selbst“ (Otte 2001: 176).

Nun, da ich am Ende meiner „Spurensuche“ angekommen bin, müsste ich eigentlich noch einmal von vorn anfangen, die früheren Auflagen erneut zur Hand nehmen und sie im Licht des inzwischen Gelesenen und Gelernten erneut durchsehen. Nach dem Überblick, den ich mir – und hoffentlich auch der Leserin und dem Leser – verschafft habe, könnte ich nun instruierter und gezielter versuchen zu verstehen, was aus medizinischer Sicht mit Begriffen wie Gespräch, Gesprächsstruktur, Erzählung, Geschichte, Narrativ usw. im Einzelnen gemeint ist. Die Begriffe decken sich oft nicht mit denen in der linguistischen Gesprächsforschung, sie können sich aber vielleicht ergänzen.²⁸ Zudem wäre es nicht nur interessant, sondern auch notwendig, weitere Kapitel des Lehrbuchs – auch rein medizinische – durchzugehen und noch genauer zu prüfen, an welchen Stellen welche Aspekte von Kommunikation und/oder von Erzählen mehr oder weniger ausdrücklich thematisiert werden.

Allerdings wäre dies nicht im Alleingang zu machen – und das nicht nur wegen des immensen Seitenumfangs, sondern weil es auch medizinisches Wissen und klinische Einblicke erfordern würde. Dieser potenzielle nächste Schritt wäre also ein Forschungsprogramm – und zwar ein interdisziplinäres.

Das Interesse an Arzt-Patient-Kommunikation und am Erzählen in diesem Kontext, das meine Spurensuche geleitet hat, habe ich in gewisser Weise von außen an das Lehrwerk der Psychosomatischen Medizin herangetragen. Es war zum einen motiviert durch die linguistische Gesprächsanalyse und Erzählfor-

²⁸ Dass mit denselben Begriffen nicht unbedingt dasselbe gemeint ist, habe ich an Beispielen aus eigenen interdisziplinären Forschungsprojekten gezeigt (Gülich 2006).

schung und durch entsprechende eigene interdisziplinäre Forschungsarbeiten zu Kommunikation im medizinischen und speziell im psychosomatischen Bereich, die ursprünglich im Kontext der Psychosomatischen Epileptologie situiert waren. Zum anderen war mein Interesse motiviert durch den Wunsch, mehr über die Grundlagen und Hintergründe der „narrativen Medizin“ zu erfahren. Da erschien es passend, mit dem Lehrwerk Thure von Uexkülls zu beginnen, das die Psychosomatische Medizin bis heute entscheidend prägt.²⁹ Anhand der verschiedenen Auflagen des Lehrwerks die Entwicklung zu verfolgen, eröffnete einen vielversprechenden Zugang zu diesem neuen, wenngleich für mich seit einigen Jahren nicht mehr ganz unbekanntem Feld. Der Prozess der allmählichen Entwicklung mit Konstanten und Veränderungen, etabliertem Wissen und Neuerungen verschiedenster Art hat seine eigene Dynamik, ist lehrreich und regt zum Nachdenken an – sowohl über die eigenen Methoden, Ziele und Perspektiven als auch über die der anderen Disziplin.

Natürlich wird der vorliegende Beitrag den acht Auflagen des Lehrbuchs nicht gerecht, er betrachtet sie eher oberflächlich. Man müsste tiefer eintauchen in die Konzeption der ‚Integrierten Medizin‘, die sich aus der ‚Psychosomatischen Medizin‘ entwickelt hat (s. Uexküll 2000/2013), um wirklich zu verstehen, worum es in den Bereichen Kommunikation und Erzählung genau geht. Und dazu müsste man die medizinischen Probleme und die Konventionen besser kennen, um auch eine medizinische Perspektive zur Geltung zu bringen. Ich habe mich hier bewusst auf von Uexkülls Lehrbuch konzentriert und nicht versucht, weitere Veröffentlichungen von ihm und über ihn systematisch einzubeziehen, weil mich gerade die Verbindung von Theorie und Praxis faszinierte. Ich habe auch nicht versucht, die Einbettung in größere Forschungszusammenhänge zu skizzieren³⁰ oder gar Verbindungen zu anderen Ansätzen der „narrativen Medizin“ herzustellen³¹ – das wäre eine neue Forschungsarbeit.

²⁹ Das wird besonders deutlich bei Leiß (im Druck), der ausdrücklich die „Aktualität Thure von Uexkülls“ zum Thema macht. Ich danke Ottmar Leiß für die Möglichkeit, Einsicht in das noch unveröffentlichte Buch zu nehmen.

³⁰ Hier wäre vor allem der von der DFG eingerichtete Sonderforschungsbereich 129 „Psychotherapeutische Prozesse“ zu erwähnen; für eine zusammenfassende Information siehe Kächele/Novak/Traue 1989.

³¹ Vgl. dazu z.B. Lucius-Hoene 2008, Greenhalgh/Hurwitz 2005 und ansatzweise Güllich 2017.

In der Gesprächsforschung haben sich in den letzten Jahrzehnten Forschungsbereiche und -netzwerke wie „Linguistik und Medizin“ oder „Medizin und Interaktion“ entwickelt. Arzt-Patient-Gespräche sind ein viel und intensiv bearbeitetes Forschungsgebiet, ebenso Krankheitserzählungen. Gesprächsforscher und -forscherinnen arbeiten oft mit großem Engagement an vielen interessanten Einzelprojekten über die verschiedensten Krankheiten und die verschiedensten Themen, in der Regel anhand empirisch erhobener Daten aus natürlichen Situationen.³² Damit verbindet sich oft der – manchmal auch von medizinischer Seite geäußerte – Wunsch, durch stärkere Einbeziehung der linguistischen Kommunikations- bzw. Gesprächsforschung die medizinische Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten zu verbessern oder zumindest Anregungen dafür zu geben.³³ Die sind oft auch willkommen; so entstehen immer häufiger interdisziplinäre Kooperationen.

Dabei wird jedoch von linguistischer Seite manchmal nicht ausreichend zur Kenntnis genommen, was aus medizinischer Sicht und im medizinischen Bereich über Arzt-Patient-Gespräche oder das Erzählen von Krankheiten bereits geforscht, geschrieben und gelehrt wird, an welchen Theorien man sich dabei orientiert, welche Aspekte im Zentrum stehen, welche Akzente gesetzt, welche Ziele verfolgt werden. Interdisziplinäre Erzählforschung kann nicht nur darin bestehen, dass die Linguistik oder die Gesprächsanalyse Anregungen für die medizinische oder klinische Praxis gibt, sondern die medizinische Forschung und Praxis sollte auch den Ausgangspunkt für linguistische Forschungsinteressen bilden.

Insofern kann meine Spurensuche in der *Psychosomatischen Medizin* Thure von Uexkülls auch verstanden werden als ein Plädoyer für die medizinische Weiterbildung von Linguisten. Schon allein durch die oberflächliche und natürlich auch von meiner linguistischen Perspektive geprägte Durchsicht der acht Auflagen habe ich von Thure von Uexküll viel gelernt. Beeindruckt hat mich nicht zuletzt seine Offenheit für andere Disziplinen: Er theoretisiert nicht über interdisziplinäre Forschung, er praktiziert sie mit großer Selbstverständlichkeit und mit großem Engagement für seine Patienten. Dabei verliert er nie

³² Einen gewissen Überblick bietet das Handbuch Busch/Spranz-Fogasy 2015.

³³ Für Beispiele solcher interdisziplinären Kooperationen im Bereich psychosomatischer Fortbildung siehe Neises/Ditz/Spranz-Fogasy 2005 (darin zum Thema Krankheitserzählungen: Gülich 2005), Jenkins/Reuber 2014, Ekberg/Reuber 2015.

aus den Augen, dass er nicht Krankheiten behandelt, sondern kranke Menschen. Und das hat eindeutig etwas mit deren „Geschichten“ zu tun:

Lebende Systeme oder Ganzheiten aus Organismus und Umwelt sind keine statischen Gebilde. Sie entstehen, wachsen und vergehen als Geschichten. Für die Medizin sind Krankengeschichten Geschichten einer Krankheit. Sie sollten auch Geschichten eines Kranken sein, die der Phantasie einen Raum in der Zeit eröffnen, in dem Arzt und Patient in die Vergangenheit gehen, und, was entscheidend ist, bei allem, was sich in dieser Geschichte ereignet, *«gemeinsam dabei sein»* können. (von Uexküll 2000/2012: 70)³⁴

³⁴ Zitat aus einem Diskussionsbeitrag Thure von Uexkülls auf einem Lehrkörpertreffen der AIM am 19./20.05.2000, abgedruckt in Hontschik/Bertram/Geigges 2013. Die Herausgeber fügen als Anmerkung hinzu: „Diese zeitliche Dimension wird von der Medizin als ‚Narrativität‘ wieder entdeckt.“

Literaturverzeichnis

Die Auflagen der *Psychosomatischen Medizin*

Vorbemerkung: Die folgenden Angaben zu den einzelnen Auflagen (Titel, Herausgeber) entsprechen den auf dem jeweiligen Titelblatt angeführten; diese sind nicht immer identisch mit denen auf dem Buchdeckel. Der Name *Thure von Uexküll* oder *Uexküll* wird in verschiedenen Rollen genannt: als Herausgeber, Autor und bei den späteren Auflagen auch als Bestandteil des Titels.

Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin. Herausgegeben von Thure von Uexküll, unter Mitarbeit von Rolf Adler, Jörg Michael Herrmann, Karl Köhle, Othmar W. Schonecke, Wolfgang Wesiack. **[1. Auflage] 1979**. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Lehrbuch der psychosomatischen Medizin. Herausgegeben von Thure von Uexküll. Mitherausgeber: Rolf Adler, Jörg Michael Herrmann, Karl Köhle, Othmar W. Schonecke, Wolfgang Wesiack. **2., durchgesehene Auflage 1981**. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin. Herausgegeben von Rolf Adler, Jörg Michael Herrmann, Karl Köhle, Othmar W. Schonecke, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack. **3., neubearbeitete und erweiterte Auflage 1986**. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin. Herausgegeben von Rolf Adler, Jörg Michael Herrmann, Karl Köhle, Othmar W. Schonecke, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack. **4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage 1990**. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Thure von Uexküll – Psychosomatische Medizin. Herausgegeben von Rolf H. Adler, Jörg M. Herrmann, Karl Köhle, Othmar W. Schonecke†, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack. **5., neubearbeitete und erweiterte Auflage 1996**. München/Wien/Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Uexküll – Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Herausgegeben von Rolf H. Adler, Jörg M. Herrmann, Karl Köhle, Wolf Langewitz, Othmar W. Schonecke†, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack. **6., neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2003**. München/Jena: Urban & Fischer.

Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. Rolf H. Adler, Wolfgang Herzog, Peter Joraschky, Karl Köhle, Wolf Langewitz,

Wolfgang Söllner, Wolfgang Wesiack (Hrsg.). **7., komplett überarbeitete Auflage 2011**. München: Elsevier, Urban & Fischer. [Auf dem Buchdeckel: Uexküll Psychosomatische Medizin]

Uexküll – Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. Karl Köhle, Wolfgang Herzog, Peter Joraschky, Johannes Kruse, Wolf Langewitz, Wolfgang Söllner (Hrsg.). Mitherausgeber der Voraufgaben: Rolf H. Adler, Jörg Michael Herrmann, Othmar Schonecke, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack. **8. Auflage 2016**. München: Elsevier.

Zitierte Literatur

- Bamberg, Michael (Hrsg.) (1997). Oral Versions of Personal Experience: Three Decades of Narrative Analysis. *The Journal of Narrative and Life History* 7: 1–4 (Sonderheft).
- Busch, Albert/Spranz-Fogasy, Thomas (2015). *Handbuch Sprache der Medizin*. Berlin/Boston: de Gruyter.
- Ekberg, Katie/Reuber, Markus (2015). Can Conversation Analytic Findings Help with Differential Diagnoses in Routine Seizure Clinic Interactions? *Communication & Medicine* 12:1, 13–24.
- Frank-Job, Barbara/Gülich, Elisabeth/Knerich, Heike/Schöndienst, Martin (2017). Klinische Differenzialdiagnostik und linguistische Analyse von Gesprächen: Neue Wege in Datenerhebung, Analyse und Auswertung im interdisziplinären Forschungskontext. In: Kochler, Carsten/Rinker, Tanja/Schulz, Eberhard (Hrsg.) *Neurolinguistik, Klinische Linguistik, Sprachpathologie*. Frankfurt/M. u.a.: Peter Lang, 185–217.
- Geigges, Werner (2013). Reflektierte Kasuistik als Instrument der Forschung und Lehre einer Integrierten Medizin. In: Hontschik, Bernd/Bertram, Wulf/Geigges, Werner (Hrsg.), 347–362.
- Goldbach, Günter (2006). *Der ganze Mensch im Blickfeld. Aus der Geschichte der psychosomatischen Medizin in Deutschland*. Baden-Baden: Deutscher Wissenschaftsverlag.
- Greenhalgh, Trisha/Hurwitz, Brian (Hrsg.) (2005). *Narrative-based Medicine – sprechende Medizin. Dialog und Diskurs im klinischen Alltag*. Bern: Hans Huber.
- Gülich, Elisabeth (2005). Krankheitserzählungen. In: Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.), 73–89.

- Gülich, Elisabeth (2006). Das Alltagsgeschäft der Interdisziplinarität. *Deutsche Sprache* 34, 6–17.
- Gülich, Elisabeth (2012). Conversation Analysis as a New Approach to the Differential Diagnosis of Epileptic and Non-Epileptic Seizure Disorders. In: Egbert, Maria/Deppermann, Arnulf (Hrsg.) *Hearing Aids Communication. Integrating Social Interaction, Audiology and User Centered Design to Improve Communication with Hearing Loss and Hearing Technologies*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung, 146–158.
- Gülich, Elisabeth (2017). Medizin. Zur narrativen Rekonstruktion von Krankheitserfahrungen in Arzt-Patient-Gesprächen. In: Martínez, Matías (Hrsg.) *Erzählen. Ein interdisziplinäres Handbuch*. Stuttgart: Metzler, 140–148.
- Gülich, Elisabeth (2018). Using Illness Narratives in Clinical Diagnosis. Narrative Reconstruction of Epileptic and Non-Epileptic Seizures and Panic Attacks. In: Lucius-Hoene, Gabriele/Meyer, Thorsten/Holmberg, Christine (Hrsg.) *Illness Narratives in Practice: Potentials and Challenges of Using Narratives in Health-Related Contexts*. Oxford: Oxford University Press, 203–219.
- Gülich, Elisabeth (2020). Wie Angst zur Sprache kommt. Ein linguistischer Beitrag zur Diagnostik von Angsterkrankungen. In: Job, Barbara/Michael, Joachim (Hrsg.) *Angstsprachen. Interdisziplinäre Zugänge zur kommunikativen Auseinandersetzung mit Angst*. Wiesbaden: Springer, 49–82.
- Gülich, Elisabeth/Mondada, Lorenza (2008). *Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen*. Tübingen: Niemeyer.
- Hontschik, Bernd/Bertram, Wulf/Geigges, Werner (Hrsg.) (2013). *Auf der Suche nach der verlorenen Kunst des Heilens. Bausteine der Integrierten Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Jenkins, Laura/Reuber, Markus (2014). A Conversation Analytic Intervention to Help Neurologists Identify Diagnostically Relevant Linguistic Features in Seizure Patients' Talk. *Research on Language Social Interaction* 47:3, 266–279.
- Kächele, Horst/Novak, Peter/Traue, Harald C. (1989). Psychotherapeutische Prozesse: Struktur und Ergebnisse. *Der Sonderforschungsbereich 129: 1980–1988: Aus dem Psychosozialen Zentrum der Universität Ulm. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 35:4, 364–382.
- Koerfer, Armin/Köhle, Karl (2007). Kooperatives Erzählen. Zur Konstruktion von Patientengeschichten in der ärztlichen Sprechstunde. In: Redder, Angelika (Hrsg.) *Diskurse und Texte*. Tübingen: Stauffenburg, 629–639.

- Koerfer, Armin/Köhle, Karl/Oblers, Rainer (2000). Narrative in der Arzt-Patient-Kommunikation. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* 2, 87–116.
- Koerfer, Armin/Köhle, Karl/Oblers, Rainer/Thomas, Walter/Albus, Christian (2010). Narrative Wissensgenerierung in einer biopsychosozialen Medizin. In: Dausendschön-Gay, Ulrich/Domke, Christine/Ohlhus, Sören (Hrsg.) *Wissen in (Inter-)Aktion. Verfahren der Wissensgenerierung in unterschiedlichen Praxisfeldern*. Berlin/New York: de Gruyter, 91–131.
- Labov, William (1972). The Transformation of Experience in Narrative Syntax. In: Labov, William. *Language in the Inner City. Studies in the Black English Vernacular*. Philadelphia: University of Philadelphia Press, 354–396.
- Labov, William/Waletzky, Joshua (1967). Narrative Analysis: Oral Versions of Personal Experience. In: Helm, June (Hrsg.) *Essays on the Verbal and Visual Arts*. Seattle: University of Washington Press, 12–44.
- Leiß, Ottmar (im Druck). *Konzepte und Modelle Integrierter Medizin. Zur Aktualität Thure von Uexkülls (1908–2004)*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Lucius-Hoene, Gabriele (2008). Krankheitserzählungen und die narrative Medizin. *Rehabilitation* 47, 90–97.
- Neises, Mechthild/Ditz, Susanne/Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.) (2005). *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Otte, Rainer (2001). *Thure von Uexküll. Von der Psychosomatik zur Integrierten Medizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schöndienst, Martin (2000). Konversationsanalytische Zugänge zu Gesprächen über Anfälle. In: Jacobi, Rainer-M.E./Claussen, Peter C./Wolf, Peter (Hrsg.) *Die Wahrheit der Begegnung. Anthropologische Perspektiven der Neurologie. Festschrift für Dieter Janz*. Würzburg: Königshausen + Neumann, 73–84.
- Schöndienst, Martin (2020). Zum Nutzen gesprächsanalytischer Ansätze in der Differentialdiagnose und Therapie von epileptischer und von Panik-Angst. In: Job, Barbara/Michael, Joachim (Hrsg.) *Angstsprachen. Interdisziplinäre Zugänge zur kommunikativen Auseinandersetzung mit Angst*. Wiesbaden: Springer, 35–47.
- von Uexküll, Thure (1963). *Grundfragen der psychosomatischen Medizin*. Reinbek: Rowohlt.

von Uexküll, Thure (2000/2013). Von Psychosomatischer zu Integrierter Medizin. In: Hontschik, Bernd/Bertram, Wulf/Geigges, Werner (Hrsg.), 61–72.

Veröffentlicht in: Bettina Kluge, Wiltrud Mihatsch, Birte Schaller (Hrsg.): Kommunikationsdynamiken zwischen Mündlichkeit und Schriftlichkeit. Festschrift für Barbara Job zum 60. Geburtstag. Narr-Verlag: ScriptOralia, S. 285-314.