

Sprache Interaktion

Arbeitspapierreihe

Arbeitspapier Nr. 71 (03/2017)

Trösten: eine professionelle sprachliche Praktik in der Medizin

Wolfgang Imo

<http://arbeitspapiere.sprache-interaktion.de>

Trösten: eine professionelle sprachliche Praktik in der Medizin

1. Einleitung: Trösten als Praktik in onkologischen Therapieplanungsgesprächen

In Arzt-Patienten-Gesprächen, vor allem in solchen, in denen den Patienten schwerwiegende Krankheiten wie eine Krebserkrankung mitgeteilt werden, spielt das Trösten neben den im engeren Sinne themenbezogenen Aufgaben (Diagnosemitteilung und -erläuterung; Darstellung des Therapieplans) eine wichtige Rolle. In manchen Fällen ist eine Trostsequenz sogar unerlässlich, um überhaupt mit dem Diagnose- und Therapieplanungsgespräch fortfahren zu können, wenn etwa die Patientin oder der Patient in Tränen ausbricht und den Ausführungen des Arztes oder der Ärztin nicht weiter folgen kann. An solchen Stellen lässt sich ein ähnliches Phänomen feststellen, wie das von Fiehler/Kindt/Schnieders (2002: 140) in seiner Analyse von Reklamationsgesprächen beschriebene Bearbeiten bzw. Nicht-Bearbeiten von Emotionalität, das im letzteren Fall den Fortgang des Gespräches hemmen kann:

Die Herausarbeitung der Individualität des Anliegens, die Explikation des eigenen Hintergrundwissens und die Bearbeitung von Emotionalität erscheinen dagegen als Zeit beanspruchende Störfaktoren. In Wirklichkeit erweisen sich aber solche ‚Abkürzungen‘ als insgesamt zeitaufwendiger, weil die nicht bearbeiteten Aufgaben an den verschiedensten Stellen des Gesprächsgeschehens immer wieder eingefordert werden und sie so dem Gespräch eine zeitraubende Schleifenstruktur aufprägen.

Die Bearbeitung der Emotionen der Kunden in Reklamationsgesprächen führt also zu einem deutlich besseren Gesprächsverlauf. Auch wenn aus Sicht der Kundenberater diese Passagen oft als sachfremd und bremsend wahrgenommen werden, ist genau das Gegenteil der Fall, denn erst wenn die Kunden sich auch emotional ernst genommen fühlen, sind sie bereit, auf der Sachebene zu kooperieren.

In Arzt-Patienten-Gesprächen geht es allerdings nicht primär darum, das Gespräch verlängernde Bearbeitungsschleifen von Emotion zu vermeiden, sondern „Trostarbeit“ (Petzoldt 2004, 2007, 2010) ist vielmehr ein elementarer Bestandteil einer patientenzentrierten Medizin (Klemperer 2009) und ist notwendig, um das systembedingte Misstrauen in negative Diagnosen und potentiell gefährliche Therapien abzubauen (vgl. Imo i.V.).

In dem vorliegenden Beitrag sollen Praktiken des Tröstens in onkologischen Therapieplanungsgesprächen analysiert werden, wobei zu fragen ist, mit welchen sprachlichen Mitteln getröstet wird, wer die Trostsequenz initiiert und, schließlich, wie die PatientInnen auf das Trösten der Ärzte reagieren. Es wird dafür plädiert, dem Trösten als ärztlichen Handeln auch in der Gesprächsausbildung der ÄrztInnen einen höheren Stellenwert zukommen zu lassen.

2. Das Datenmaterial

Die Daten sind im Kontext des von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojekts *Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der Onkologie zur Verbesserung der Patientensicherheit* (ProjektNr. 111172) im Zeitraum von Oktober 2014 bis März 2015 erhoben worden, das von Prof. Dr. med. Martin Bentz (Medizinische Klinik III, Städtisches Klinikum Karlsruhe), Prof. Dr. Wolfgang Imo (Universität Duisburg-Essen) und Prof. Dr. med. Thomas Rüdiger (Institut für Pathologie, Städtisches Klinikum Karlsruhe) geleitet wird. Die Datenerhebung erfolgte in vier Abteilungen des *Städtischen Klinikums Karlsruhe*, in denen PatientInnen mit der Erstdiagnose Krebs behandelt werden. Es handelte sich dabei um die *Medizinische Klinik I: Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie, Rheumatologie und Pneumologie*, die *Medizinische Klinik III: Hämatologie, Onkologie, Infektiologie und Palliativmedizin*, die *Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie* und die *Frauenklinik*. Insgesamt wurden in diesen vier Abteilungen 56 Aufklärungsgespräche aufgezeichnet, in denen den PatientInnen erstmals die Krebsdiagnose sowie die erforderlichen Therapiemaßnahmen mitgeteilt wurden. Die PatientInnen wussten zu diesem Zeitpunkt lediglich, dass ein Verdacht auf Krebs vorliegt (und um welchen Krebs es sich wahrscheinlich handeln wird), hatten aber die endgültige, durch die pathologischen Gutachten bestätigte Diagnose noch nicht erfahren. In die Studie aufgenommen wurden PatientInnen mit einem Alter von über 18 Jahren und mit guter geistiger Gesundheit (Gespräche mit dementen PatientInnen erfordern andere Strategien und geben entsprechend keinen auf Gespräche mit gesunden PatientInnen übertragbaren Aufschluss über Gesprächspraktiken und ihre wechselseitige Wahrnehmung).

Bei den aufgezeichneten Gesprächen waren immer jeweils die OberärztInnen und die PatientInnen anwesend, darüber hinaus meist auch Angehörige (z.B. EhepartnerIn/LebensgefährtIn, Eltern, Kinder, Geschwister, FreundInnen), StationsärztInnen, StudentInnen im praktischen Jahr oder FamulantInnen. Die ProjektmitarbeiterInnen waren nicht anwesend, um die Aufnahmesituation nicht zu verfälschen. Die Aufnahmegeräte wurden von den ÄrztInnen selbst zu Gesprächsbeginn eingeschaltet (eine ausführliche Darstellung des Projektaufbaus und der Projektziele findet sich in Bentz et al. 2016). Die Gesprächsaufnahmen verteilen sich wie folgt auf die Abteilungen: In der *Frauenklinik* wurden 36 Aufnahmen gemacht, in der *Medizinischen Klinik III* 13 Aufnahmen, in der *Medizinischen Klinik I* sechs und in der *Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie* eine.

Der typische Untersuchungsverlauf und der entsprechende Informationsfluss unterscheiden sich in der Frauenklinik im Vergleich zu den anderen drei Abteilungen leicht. Zur

Veranschaulichung wird der jeweilige Ablauf kurz illustriert (vgl. ausführlich Bentz et al. 2016). In den Medizinischen Kliniken I und III und der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie steht die Überweisung vom Hausarzt oder von einem Facharzt, die eine Auffälligkeit mit Verdacht auf Krebs festgestellt haben, am Anfang (in manchen Fällen findet auch eine klinikinterne Überweisung statt). In den Kliniken werden die notwendigen Voruntersuchungen durchgeführt und es wird eine Gewebeprobe entnommen. Je nach Gesundheitszustand werden die PatientInnen bis zum Eintreffen des pathologischen Berichts wieder nach Hause entlassen oder sie werden stationär aufgenommen. Nachdem der pathologische Bericht vorliegt, der (im Normalfall) eindeutige Aussagen über Art und Schwere der Krebserkrankung erlaubt und auf dessen Basis die Diagnose und der Therapieplan erstellt werden können, werden die Patienten zu einem Aufklärungs- und Therapieplanungsgespräch mit dem Oberarzt bzw. der Oberärztin eingeladen:

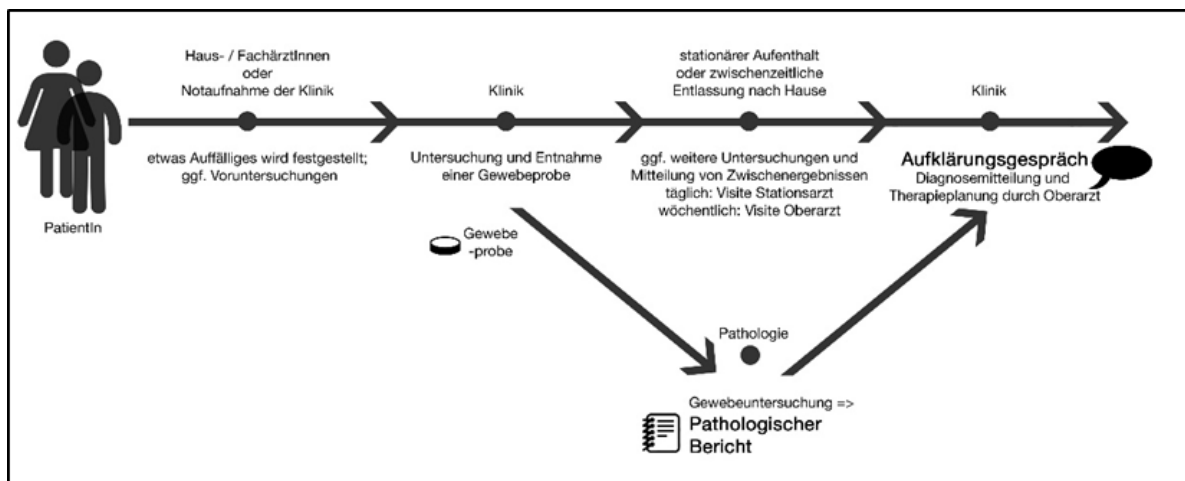


Abbildung 1: Untersuchungsverlauf und Informationsfluss Med. Kliniken I und III; Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie

In der Frauenklinik finden sich leichte Unterschiede zu diesem typischen Ablauf. Hier werden die Patientinnen, bei denen Haus- oder FachärztInnen eine Auffälligkeit festgestellt haben, zunächst in die Radiologie überwiesen, wo eine Mammografie durchgeführt wird. Erst nach dem Mammografie-Befund werden die Patientinnen in der Ambulanzabteilung der Frauenklinik vorstellig. Dort werden Gewebeproben aus der Brust entnommen. Die Patientinnen werden zu diesem Zeitpunkt bereits mit ersten Vermutungen darüber konfrontiert, ob es sich um Brustkrebs handelt. Doch auch hier ist eine endgültige Diagnose erst nach der Auswertung der Gewebeproben durch die Pathologie möglich: Erst wenn der pathologische Bericht vorliegt, werden die Patientinnen zu dem Diagnosemitteilungs- und therapieplanungsgespräch eingeladen.

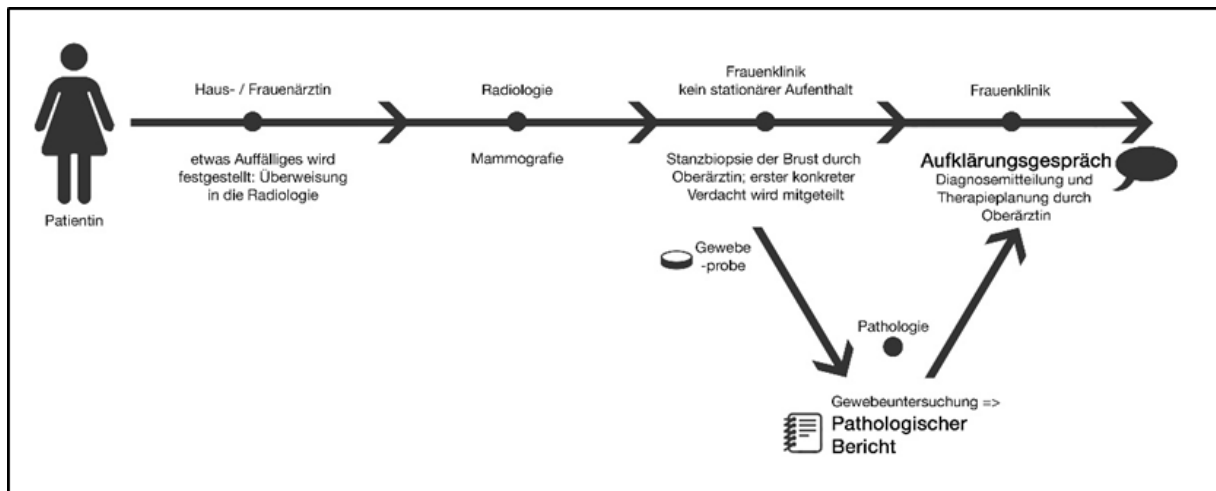


Abbildung 2: Untersuchungsverlauf und Informationsfluss Frauenklinik

Allen Abläufen gemeinsam ist, dass in dem Aufklärungsgespräch die erste gesicherte Diagnose übermittelt wird (in diesem Kontext werden die genaue Krebsart sowie die Art und Aggressivität der Erkrankung sowie die Heilungschancen benannt) und der angestrebte Therapieplan vorgestellt wird.

3. Praktiken des Tröstens

Jede sprachliche Interaktion – ganz gleich ob es um Alltagsinteraktion oder institutionelle Interaktion geht – kreist um Handlungen bzw. Praktiken. Wenn Interaktionspartner miteinander kommunizieren, handeln sie gemeinsam, und es ist diese banale Feststellung, die Schegloff (1995: 186) mit der „omnirelevance of action“ meint. Mit den Begriffen *Handlung* und *Praktik* sind allerdings zwei alles andere als klare Konzepte verbunden, was die Verwendungen des Handlungs- und Praxisbegriffs in linguistischen Analysen erschwert. Grob gesagt, kann man zwei Positionen ausmachen: Die eine Position findet sich bei manchen Diskursanalytikern (Hanks 1996; Pennycook 2010), Soziologen (Schatzki 2001; Reckwitz 2003) und Linguisten (Fiehler 2000; Habscheid 2016). In dieser Sicht wird „Handeln als ein mögliches Element von Praxis“ (Habscheid 2016: 137) betrachtet. Die andere Position, der ich mich für diese Untersuchung anschließen werde, stammt aus der Konversationsanalyse (Schegloff 1997; Heritage 2010). Dort werden Praktiken als Bausteine für Handlungen betrachtet, d.h. „Handlungen [werden] durch unterschiedliche Praktiken implementiert, so wie umgekehrt eine bestimmte Praktik unterschiedliche Handlungen realisieren kann“ (Stukenbrock 2016: 86; vgl. auch Selting 2016). Handlungen sind also sprachliche (und auch multimodale) Routinen, die sich herausgebildet haben, um bestimmte, immer wiederkehrende Handlungsaufgaben zu erfüllen: „Praktiken ermöglichen situiertes Handeln, indem sie

bewährte Routinen für situierte Handlungsaufgaben bereitstellen.“ (Deppermann/Feilke/Linke 2016: 8) Das Besondere ist dabei das Spannungsfeld aus lokaler Aushandlung (Situiertheit) und Konventionalisierung (Routinen), das typisch für Praktiken ist. Als Arbeitsdefinition für die hier untersuchten Praktiken des Tröstens wird die Definition von Heritage (2010: 213) verwendet:

CA investigates interaction by examining the practices which participants use to construct it. A ‚practice‘ is any feature of the design of a turn in a sequence that (i) has a distinctive character, (ii) has specific locations within a turn or sequence, and (iii) is distinctive in its consequences for the nature or the meaning of the action that the turn implements.

Um eine Trosthandlung durchzuführen, können eine Reihe von Trostpraktiken eingesetzt werden, die sich jeweils durch bestimmte lexikalische, syntaktische, sequentielle und prosodische Merkmale auszeichnen (auf Grund der Datenlage, d.h. der aus ethischen Gründen nicht möglichen Videoaufnahmen, müssen multimodale Trostpraktiken leider unberücksichtigt bleiben). Ein wichtiges Merkmal ist, dass Praktiken funktional unterbestimmt sein können, denn erst im größeren Zusammenhang, d.h. in der Rückbindung zur Handlung des Tröstens, können einzelne sprachliche Routinen ihren Charakter als Trostpraktiken entfalten. Ein Beispiel für eine unterbestimmte Trostpraktik wäre eine Äußerung des Arztes, dass die Chemotherapie in vier Wochen abgeschlossen sein wird. Im Kontext von weiteren Trostpraktiken kann der Verweis auf einen überschaubaren Zeitraum selbst eine Trostpraktik sein. Im Kontext der Erläuterung des Therapieplans kann es sich aber auch einfach nur um eine neutrale Darstellung der Abfolge und Dauer der Therapiekomponenten handeln. Ob und in welchem Umfang Praktiken eineindeutig sind, ist jeweils empirisch durch Sequenz- und Kontextanalysen zu überprüfen:

It is tempting to think of particular lexical items, or classes of them, or usages of a describable sort, as being dedicated to particular processes or actions in conversation – much as ‚hello‘ seems to be dedicated to doing greetings. This turns out only rarely to be the case, though it takes examination of empirical materials to establish the range of deployments which words or usages are given, and what features of their deployment provide for their uptake in any given instance. (Schegloff 1997: 506)

Praktiken wie das Grüßen sind eineindeutig. Bei Praktiken des Tröstens ist ebenfalls zu erwarten, dass es manche gibt, die in jedem Kontext als Trostpraktiken zu erkennen sind (hier wären beispielsweise die von Bahlo/Fürstenberg/Drost (2015) beschriebenen Konstruktionen des Typs „Muss der Papa streicheln?“ zu nennen, mit denen Eltern ihren Kindern Trost spenden). Die Mehrzahl wird allerdings eher das Potential von Trostpraktiken haben, das erst im Zusammenspiel mit weiteren (potentiellen) Trostpraktiken die Funktion des Tröstens und so auch die Funktion, eine Trosthandlung durchzuführen, entwickelt.

Ein letzter zentraler Aspekt von Praktiken wurde oben bereits kurz angesprochen: Es handelt sich um Routinen zur Lösung von kommunikativen Problemen. Damit können Praktiken sozusagen als die ‚Kleinform‘ von kommunikativen Gattungen (Bergmann 1987, Bergmann/Luckmann 1995, Günthner 1995, 2006; Günthner/Knoblauch 1994, 1995, Luckmann 1986, 1988, 1992) angesehen werden, die als routinierte und verfestigte Strukturen „mehr oder weniger verbindliche ‚Lösungen‘ von spezifisch kommunikativen ‚Problemen‘“ (Luckmann 1986: 202) bereitstellen. Eines der wichtigsten (und abstraktesten) kommunikativen Probleme, das Gattungen lösen, besteht darin, dass die Interagierenden kontinuierlich wechselseitig ihre Perspektiven auf das Gesagte und was damit getan wird, also welche Handlung gerade durchgeführt wird, anpassen (d.h. dass sie ein fortlaufendes „reciprocal adjustment of perspectives“; Luckmann 1992: 229 vornehmen). Bei Gattungen handelt es sich typischerweise um ‚große‘ sprachliche Einheiten wie Bewerbungsgespräche (Birkner/Kern 2000), Klatsch (Bergmann 1987) oder Powerpoint-Präsentationen (Schnettler/Knoblauch 2007). Praktiken können als das ‚kleine‘ Gegenstück dazu angesehen werden, d.h. es handelt sich um Problemlösungsroutinen, deren Aufgabe darin besteht, für eine Perspektivenkonvergenz der Interagierenden zu sorgen: „Sie sind Verfahren, die darauf spezialisiert sind, bestimmte kontextuelle Konfigurationen anforderungs- und zielfunktional zu bearbeiten und damit situierte Kontexte zu transformieren.“ (Deppermann/Feilke/Linke 2016: 10) Welche besonderen Aufgaben dabei Praktiken des Tröstens erfüllen, wird in der Folge noch zu bestimmen sein. Ein letzter – für die vorliegende Untersuchung besonders relevanter – Aspekt von Praktiken betrifft die Tatsache, dass Praktiken häufig an bestimmte Akteure gebunden und mit bestimmten Institutionen assoziiert sind:

Praktiken erfordern spezifische Partizipanten. Sie erfordern Akteure, die in eine spezifische kulturelle Praxis hinein sozialisiert wurden und in der Lage sind, Praktiken kompetent, methodisch und virtuos in jeweils idiosynkratischen und in ihren Details unbekanntem und unvorhersehbaren Kontexten zur Anwendung zu bringen. Sie können nicht von ‚just anyone‘ ausgeführt werden, sondern sind oftmals an spezifische Rechte, Pflichten und soziale Positionen von Akteuren gebunden, die sie reflexiv mitzukonstituieren und bestätigen helfen. (Deppermann/Feilke/Linke 2016: 6)

Die Gebundenheit bestimmter Praktiken an bestimmte Akteure ist nicht verwunderlich, da sich Praktiken als Problemlösungsroutinen entsprechend besonders gut dann ausbilden können, wenn ein Problem häufig auftritt und regelmäßig gelöst werden muss. Bezogen auf das Thema der vorliegenden Untersuchung ist davon auszugehen, dass in onkologischen Therapieplanungsgesprächen, in denen PatientInnen erstmals ihre Krebsdiagnosen als gesichert mitgeteilt und belastende Therapien vermittelt werden müssen, der Umgang mit Verzweiflung und Trauer der PatientInnen durch die ÄrztInnen ein solches rekurrentes

Problem ist, das zur Herausbildung von Trostpraktiken führt. Bislang wurde bereits mehrfach angenommen, dass Trösten als Praktik erfasst werden kann. Bisherige linguistische Forschung zum Trösten generell und zum Trösten als Praktik im Besonderen ist allerdings rar. Nur nebenbei erwähnt beispielsweise Schröter (2016: 398), dass das Konzept der Praktiken „Untersuchungsgegenstände wie die Verabschiedung, den Streit, das Ratgeben oder das Trösten erfassen“ kann, und Scharloth (2016) untersucht die „Praktik des Trostdialogs in Online-Diskussionsforen“.

Ausführliche linguistische (bzw. konversationsanalytische) Untersuchungen zum Trösten gibt es nur wenige. Als Ausnahmen sind die Arbeit von Günther (2005) zu Seelsorge im Gefängnis sowie von Lalouschek (1993) zu Emotionsbewältigung in psychosozialen ärztlichen Gesprächen zu nennen, in denen unter anderem auch Trostsequenzen analysiert werden, sowie – unter der Perspektive der Untersuchung von Praktiken besonders relevant – die Analyse von Bahlo/Fürstenberg/Drost (2015) zum Trösten von Kleinkindern durch ihre Eltern. In letzterer Arbeit stehen Formulierungsroutinen (= Praktiken), mit denen getröstet wird, im Mittelpunkt des Interesses. Die AutorInnen (Bahlo/Fürstenberg/Drost 2015: 276) stellen fest, dass das Formenspektrum, mit dem von den Eltern Trost gespendet wird, relativ eng begrenzt ist und sich entsprechend gut als Praktiken beschreiben lässt:

Charakteristisch für die nun folgenden Trostprozessbestandteile in dem hier verwendeten Beispiel, aber auch in vielen anderen Fällen, ist der rekurrente, formelhafte Gebrauch unterschiedlicher Trostprozeduren, die in Form von Frageformaten und Deklarativsätzen, welche bestimmten syntaktischen, sequenziellen und semantischen Mustern unterschiedlicher Komplexität unterliegen, eingeleitet werden.

Mit diesen formelhaften Äußerungen wird eine ganze Reihe von trostrelevanten Aufgaben erledigt: Sie dienen dazu, weiteren Trostbedarf des Kindes zu überprüfen, Schuldfragen zu klären (d.h. wer den Kummer ausgelöst hat), Solidarbekundungen zu liefern und schließlich vom Kummer abzulenken (vgl. Bahlo/Fürstenberg/Drost 2015: 276-277). Praktiken des Tröstens können entsprechend auch nicht von jeder Person durchgeführt werden, die „Interagierendenkonstellation bleibt auf nahe Bezugspersonen und das Kind beschränkt“ (Bahlo/Fürstenberg/Drost 2015: 285). Dass sich Trösten prinzipiell als Praktik analysieren lässt, wurde in dieser Untersuchung deutlich. Bevor nun aber die Analyse von Trostpraktiken in der Arzt-Patienten-Kommunikation durchgeführt werden kann, muss geklärt werden, was genau unter Trösten verstanden werden soll und welche Rolle es in der medizinischen Kommunikation spielt. Trösten wird von Bahlo/Fürstenberg/Drost (2015: 270) als Sammlung von „Praktiken des sorgenden und leidlindernden Miteinanders“ verstanden. Trösten bezeichnet „als Beziehungsbegriff den sorgenden Umgang von Helfern mit verletzten, gekränkten, entsetzten oder aufgewühlten Mitmenschen“, wobei „der ‚Tröster‘ über

Mutausprechungen eine Besserung des emotionalen Zustands der leidenden Person herbeizuführen versucht“ (Bahlo/Fürstenberg/Drost 2015: 269). Die AutorInnen beziehen sich bei ihrer Definition dabei vor allem auf Petzold, der aus der Perspektive des Seelsorgers im deutschsprachigen Raum¹ am prominentesten mit seinem Konzept der „Trostarbeit“ (Petzold 2007) definitorische Setzungen geliefert hat.² Trost und Trostarbeit dienen nach Petzold dazu, „malignen Trauerprozessen vorzubeugen und die Partizipation am Leben zu fördern“ (Petzold 2007: 1). Trost ist ein „von der Psychotherapie vernachlässigter ‚Heilfaktor erster Ordnung‘ bei Belastungen, Verletzungen und Verlusten“, der im Trösten, d.h. der „Hilfe und empathische[n] Zuwendung eines Tröstenden an einen Trostbedürftigen“ seinen Ausdruck findet (Petzold 2007: 4). Unter „Trostarbeit“ wird die „Aufnahme, Annahme und Nutzung der Tröstung in dem *gemeinsamen Bemühen*, Verlust, Leid, Belastung, Beschädigung zu überwinden, die Selbstregulationskompetenz der Betroffenen wiederherzustellen und effektiv werden zu lassen“ (Petzold 2007: 4). Aus konversationsanalytischer Sicht ist dabei das Stichwort des *gemeinsamen Bemühens* um Trost von besonderer Bedeutung: Sprachliche Handlungen und Praktiken können nicht einzelnen SprecherInnen zugeschrieben werden, sondern bedürfen der kollaborativen Herstellung. Dies gilt insbesondere für das Trösten. Erst durch das Zulassen von und Mitwirken beim Trösten durch die PatientInnen können Trostpraktiken und schließlich auch übergeordnete Trosthandlungen entstehen.

Die Trostarbeit unterscheidet sich vom spontanen Trösten (und den sprachlichen und außersprachlichen Praktiken „Beispringen“, „Hinwenden“ und „Beruhigen“, die im jeweiligen Kontext Trostfunktionen haben können) darin, dass das spontane Trösten „aufgrund des ‚Aufforderungscharakters‘ von Ausdruckverhaltens (sic!) des Schmerzes, der Verzweiflung, der Trauer geschieht“, dagegen die Trostarbeit aus einem „bewussten, kontinuierlichen Beistehen, einem Begleiten als einer längerfristigen Unterstützung bei Verarbeitungs- und Konsolidierungsprozessen“ (Petzold 2007: 4) besteht. Im Kontext der hier untersuchten Gespräche schwanken die beobachtbaren Trostpraktiken somit zwischen dem

¹ Für den englischsprachigen Raum sind u.a. die Arbeiten zum „consoling“ von Burleson (1985) und Caplan/Turner (2007) zu nennen sowie zur tröstenden Funktionsweise von Empathie und *empathic understanding* Rogers (1975) und Jones/Wirtz (2006).

² Die meisten Aussagen über Formen und Wirkungen des Tröstens sind allerdings aus angewandter Perspektive intuitiv und ohne wissenschaftlichen Hintergrund postuliert. Sie sind als Anleitungen für Betroffene zu verstehen, wie z.B. die Informationen auf der Homepage des Instituts für Palliativpsychologie (www.palliativpsychologie.de/?page_id=1525; Zugriff am 15.7.2016), Handreichungen für Pflegende in Aus- und Fortbildungen bei Ekert/Ekert (2013), seelsorgerische Überlegungen bei Feiter (2006), Schnelzer (2005) und Weymann (1989) oder die „Gedanken Eines Krankenhausseelsorgers zur tröstenden Begleitung Unheilbar Kranker“ von Dziewas (2005). Eine empirische, wissenschaftliche Beschäftigung mit Praktiken des Tröstens fehlt dabei, es wird meist von alltagspsychologischen Konzepten und einfachen präskriptiven Ratschlägen für ‚gutes‘ Trösten ausgegangen. Ähnliches gilt auch für die wenigen medizinischen Arbeiten, die – wie beispielsweise bei Fallowfield (1993: 478) mit Ratschlägen wie “One needs to be empathic and to comfort as necessary. [...] Always be practical and offer good news if possible” – ausgesprochen unterkomplex ausfallen.

spontanen Trösten, das an bestimmten Gesprächsstellen auftritt und oft durch das Verhalten der PatientInnen (Tränen, Ausdruck von Verzweiflung o.ä.) ausgelöst wird, und der Trostarbeit, in deren Kontext das Therapieplanungsgespräch ja nur eines in einer Reihe von Folgegesprächen (z.T. darunter auch professionellen Seelsorgegesprächen) ist, in denen weiterer Trost gespendet werden kann.

Die Funktionen von Trost und Trostarbeit liegen auf der Hand. Nach Petzold (2007: 5; vgl. ausführlich auch Petzold 2004) zielt Trostarbeit darauf ab,

- auf der physiologischen Ebene Erregungszustände mit einer Hyperstressqualität (hyperarousal, kindling) zu beruhigen (quenching, down regulation) [...],
- auf der psychologischen Ebene Überforderungsgefühlen/Stress-Emotionen (Panik, Furcht, Aggression, Gewaltimpulse, Hass, Verzweiflung, Ohnmacht etc.) sowie negativen Kognitionen gegenzusteuern [...] [und]
- auf der sozialen Ebene [...] Rückzug aus der sozialen Partizipation, Selbstisolation, Misstrauen [...] zu verhindern und stattdessen positive soziale Muster aufzubauen und zu fördern.

Dass dem Trösten und der Trostarbeit wichtige Funktionen in der interpersonellen Kommunikation – und ganz besonders in den institutionellen Kontexten, in denen regelmäßig ‚menschliche‘ Probleme auftreten – zukommen, ist unbestritten. Allerdings sind aufgrund der noch ausgesprochen dünnen empirischen Erforschung der Praktiken des Tröstens viele Fragen offen: Zum einen muss der Fragenkatalog, den Petzold in dem obigen Zitat aufgestellt hat, um die Frage erweitert werden, welche kommunikativen Probleme Praktiken des Tröstens lösen. Denn neben den physiologischen, psychologischen und sozialen Ebenen ist in einem Arzt-Patienten-Gespräch die interaktionale bzw. kommunikative Ebene besonders relevant. Dabei ist zu klären, an welchen Stellen im Gespräch Trost gesucht und gespendet wird, wie der Aufbau von Trostsequenzen aussieht, ob und wie eine Perspektivenkonvergenz tatsächlich geleistet wird, d.h. ob und wie PatientInnen anzeigen, ob die Tröstungsversuche erfolgreich waren oder nicht, und, als wichtigste Aufgabe, welche routinierten sprachlichen Muster des Tröstens es überhaupt gibt und welche Funktionen sie jeweils haben. Die vorliegende Untersuchung kann nicht alle diese Fragen umfassend beantworten, versucht aber, einen Beitrag zur Schließung dieser Forschungslücken zu leisten.

4. Trösten als professionelle Praktik

Trost kommt an vielen unterschiedlichen Stellen im Gespräch vor. Das hängt damit zusammen, dass die Gespräche für die ÄrztInnen und PatientInnen sehr belastend sind: Den PatientInnen müssen negative Informationen übermittelt werden (zunächst die Übermittlung und Erläuterung der Diagnose, dann die Einschätzung der Heilungsprognosen und schließlich

die Darstellung des Therapieplans mit entsprechend unangenehmen möglichen Therapieschritten wie Operation, Chemotherapie oder Strahlentherapie), was dazu führt, dass an jeder Stelle sowohl von den ÄrztInnen als auch den PatientInnen initiierte Trostsequenzen auftreten können. Dennoch lassen sich in den Gesprächen typische Orte feststellen, in denen mit Trösten zu rechnen ist. Für die Untersuchung wurden die Daten zunächst unterteilt in die Fälle, in denen die *PatientInnen* explizit oder implizit Trostsequenzen auslösen und diejenigen, in denen die *ÄrztInnen* Trostsequenzen selbst initiieren.

4.1 Von den Patienten ausgelöste Trostsequenzen

Am häufigsten finden sich Trostsequenzen, die durch einen – mit Petzold (2007: 4) gesprochen – „Aufforderungscharakter“ von Patientenreaktionen ausgelöst werden. Diese ‚Trostaufforderung‘ kann sowohl implizit erfolgen, wenn PatientInnen weinen, ihnen die Stimme versagt, sie leise und bedrückt sprechen u.ä., aber auch mehr oder weniger explizit, wenn PatientInnen deutlich erkennbar nach Trost ‚fischen‘. Das Konzept des ‚Fischens‘ wurde von Pomerantz (1980) vorgeschlagen, um Strategien zu beschreiben, mit denen Interagierende versuchen, Reaktionen ihrer Gesprächspartner zu elizitieren. Bei den Daten, die Pomerantz analysierte, ging es vor allem darum, wie durch solche Techniken nach privaten Informationen der Gesprächspartner ‚gefischt‘ werden kann. Dabei wird eine eigene Erfahrung präsentiert, die das Gegenüber in einen gewissen Zugzwang bringt, die Informationen zu geben, die die Lücken in der Erfahrung des Sprechers schließt. Beispiele sind Fragen wie „Ich habe schon vorher versucht, dich anzurufen, aber es hat niemand abgenommen“ oder „Du warst heute ganz schön lange in Zimmer 252“ (Pomerantz 1980: 189; meine Übersetzung), mit denen implizit danach gefragt wird, wo die Person war oder was sie in dem Zimmer so lange gemacht hat.

In den hier untersuchten Gesprächen finden sich ähnliche Muster, nur, dass in diesem Fall nicht nach (privaten) Informationen ‚gefischt‘ wird, sondern nach Trost, indem ein ‚my side telling‘, also die Darstellung der eigenen Erfahrung, sich auf negative Emotionen, Angst, Trauer oder Verzweiflung bezieht. Diese Darstellungen bauen eine gewisse Verpflichtung des Arztes auf, darauf tröstend zu reagieren.

Im Folgenden sollen einige dieser mehr oder weniger expliziten Strategien des ‚Fischens‘ nach Trost dargestellt werden: Im folgenden Beispiel sind die Ärztin (A1), die Patientin (PW) und ihr Lebensgefährte (LW) anwesend. Die Ärztin hat die Brustkrebsdiagnose bereits erläutert und ist nun dabei, den Therapieplan vorzustellen.

Beispiel 1: glatzkopf

223 LM wird des dann ambulANT (.) gemacht oder?
 224 A1 nee;
 225 ah_äh die beSTRAHLung ja,
 226 aber die oP nicht;
 227 da sind sie DREI nächte ungefähr hier;
 228 LM AI_ai_ai;
 229 PW mir jückts schon wenn du kommst dann habe ich nen
 GLATZkopf noch dazu:,
 230 A1 wieSO:?
 231 LM ()
 232 A1 aber DOCH-
 233 wir machen doch keine !KE!motherapie [mit IHnen] frau
 ((anonymisiert)),
 234 PW [ah nein;]
 235 A1 dazu hat der tumor jetzt NICHT die eigenschaften,
 236 die die uns nicht gefALlen;
 237 das ist alles (-) GANZ HARMlos;
 238 PW <<leise> ok;>
 239 A1 ja?
 240 der hat-
 241 ((Geräusch von Papierblättern))
 242 der hat (--) SACHen die äh-
 243 ((klappern) (0.5))
 244 die sind GANZ super gut._ja?
 245 PW ja;
 246 A1 ne KEmo würd bei ihnen gar nix bringen;
 247 deshalb MACHen wir sie auch gar net.
 248 PW hm_hm;
 249 A1 aber ne taBLETte für fünf jahre, (--)
 250 die beSTRAHLung,
 251 und dann ist GUT.
 252 und dann DENken sie in nem halben jahr gar net mehr
 dran;
 253 PW ((Patientin atmet in Z. 251 und 252 laut hörbar ein und
 aus))
 254 PW °h gut.
 255 A1 oKAY?
 256 A1 und wenn sie WOLLen,
 257 können wir sie am DONnerstag operieren.

Nachdem die Ärztin der Patientin und ihrem Partner gesagt hat, dass der Brustkrebs mit Operation, Bestrahlung und Hormontabletten behandelt werden wird (und es sich entsprechend um einen Tumor mit sehr guten Heilungschancen handelt), fragt der Lebensgefährte, ob die Behandlung ambulant erfolgt (Z. 223). Die Ärztin bestätigt das für die Strahlentherapie, aber nicht die Operation. Diese Information wird durch den Lebensgefährten als schlechte Information mit „AI_ai_ai“ (Z. 228) quittiert und von der Patientin mit der Äußerung, dass wenn ihr Lebensgefährte sie dann besuchen komme, sie eine Glatze haben werde. Diese Äußerung bezieht sich auf Ängste und Befürchtungen der Patientin die Therapiefolgen betreffend und kann als ein ‚fishing-device‘ angesehen werden, mit dem Trost und sogar idealerweise eine Verneinung der Annahme eingefordert werden soll. Die Ärztin

markiert prosodisch stark markiert ihr Unverständnis gegenüber dieser Annahme („wieSO:“; Z. 230) und erläutert dann – zweimal unterstützt durch die Modalpartikel *doch* (Z. 232 und 233) und ebenfalls prosodisch markiert – dass sie es als von ihr vorausgesetztes Wissen ansieht, dass nur bei einer Chemotherapie mit komplettem Haarausfall zu rechnen ist, dass also die Annahme der Patientin völlig unbegründet sei. Zugleich wendet die Ärztin eine Reihe von Empathie-erzeugenden Strategien an: Sie spricht die Patientin direkt mit Namen an (vgl. Günthner 2016 zu Funktionen direkten Adressierens), sie macht ihr Mut, indem sie die Therapie als „GANZ HARMlos“ (Z. 237) bezeichnet und die Eigenschaften des Tumors als „GANZ super gut“ (Z. 244). Abschließend wird die Therapie knapp in die beiden Schritte, fünf Jahre lang eine Tablette zu nehmen und eine Bestrahlung zu erhalten, zusammengefasst, mit dem Ergebnis, dass dann alles „GUT“ (Z. 251) sei. Sie geht zudem direkt auf die Ängste der Patientin ein, als sie ihr schließlich prognostiziert, dass sie in einem halben Jahr überhaupt nicht mehr an die Krebserkrankung denken werde. Die Patientin markiert die Trostpraktiken (positive Bewertung der Tumoreigenschaften; positive Bewertung der Therapie hinsichtlich Länge und Nebenwirkungen; positive Bewertung der Heilungschancen) durch ein hörbares Ein- und Ausatmen und ein bestätigendes „gut“ (Z. 254). Nachdem die Ärztin durch „oKAY?“ (Z. 255) die erfolgreiche Trostsequenz überprüft hat, wechselt sie zurück zur konkreten Therapieplanung.

Während in Beispiel 1 eine Trostsequenz durch ein Thematisieren von (fälschlich) angenommenen Nebenwirkungen ausgelöst wird, findet sich in Beispiel 2 die Verbalisierung von Emotionen (bzw. von Emotionssymptomen) als Auslöser:

Beispiel 2: heiß

```

238 AW01: !DA!durch,
239         dass sie ja diese RIEsige milz haben,
240         wird man das: so nicht LASSen wollen;
241 PW10: (-) hm_hm;
242 AW01: (-) u:nd,
243         (---)eine theraPIE,
244         (--) WÄre,
245         (-) [eine CHEmotherapie;]
246 PW10: [°hh <<leise> o:]KE;>
247 AW01: (---) ähm,
248         ((klopfen an der Tür; (---)))
249 AW01: [wi:r,]
250 PW10: [mir_s] grad n bisschen [HEIß gworden; ]
251 AW01: [ <<langsam> ja:;>]
252         (.) ja;
253 PW10: ((räuspert sich laut))
254 AW01: EIne,
255         (.) CHEmotherapie,
256         (.) die:,
257         (1.4) wo wir DENken,
258         dass sie die verTRAGEN [werden,]

```

259 PW10: [ja;]
 260 [ja;]
 261 AW01: [ALso] des is jetzt,
 262 (.) NICHT (.) so,
 263 ne GANZ aggressive therapie.
 264 PW10: (--) hm_hm,
 265 AW01: ähm und wir WÜRden,
 266 VORSichtig mal,
 267 angangen [erscht mal]mit kortiSON;
 268 PW10: [hm_hm,]
 269 okay,
 270 AW01: (--) fünf TAge,
 271 PW10: hm_hm
 272 AW01: (-) und ähm,
 273 PW10: TSCHULdigung;
 274 aber jetzt wirds mirs ganz [HEIß;]
 275 AW01: [ja das]is UNSchön;
 276 PW10: [ja_a,]
 277 AW01: [DURCH]atmen,
 278 PW10: ja;
 279 : (1.6)
 280 AW01: wollen sie was zum TRINken haben?
 281 <<leise> kann [ich was zu TRINken->]
 282 PW10: [NEE nee nee;]
 283 nee des is jetzt NUR,=
 284 =<<schnell> WEIL ich weil ich w->
 285 hab ich jetzt heute nen ganz roten KOPF;
 286 AW01: [((lacht leise))]
 287 PW10: [aber des (.) GEHT] gleich wieder vorbei.
 288 (-) SPRECHen sie ruhig weiter.
 289 AW01: ja;
 290 °hhh ähm,
 291 geNAU;
 292 erscht mal fünf TAge:,

Nach der Schilderung der Krebsdiagnose wechselte die Ärztin (AW01) zum nächsten Schritt des Gesprächs, der Therapieplanung. Da, wie sie bereits zuvor erläutert hatte, die Milz der Patientin stark vergrößert ist, präsentiert sie – durch die zahlreichen Pausen, den Konjunktiv und die Portionierung der Äußerung in sehr kurze Informationseinheiten („(-) u:nd, (---) eine therAPIE, (--) WÄre, (-) eine Chemotherapie“; Z. 243-245) als „bad news“ (2003) markiert – die geplante Therapie. Die Patientin reagiert auf die schlechten Nachrichten zunächst mit einem leisen Responsiv („o:KE“; Z. 246) und legt dann ihren emotionalen Zustand mit „mir_s grad n bisschen HEIß geworden“ (Z. 250) offen. Die Ärztin geht allerdings nicht direkt darauf ein, sie reagiert lediglich mit einigen Antwortsignalen, betont allerdings in der Folge, dass sie davon ausgeht, dass die Patientin die Therapie gut vertragen wird und bewertet die Therapie als keine ganz aggressive Therapie. Diese sehr vorsichtig positiven Bewertungen sind als Trostpraktiken nicht geeignet, wie die Reaktion der Patientin zeigt: Sie unterbricht die Ärztin (Z. 273) und insistiert auf die Relevanz ihrer Emotionen: „TSCHULdigung; aber jetzt wirds mirs ganz HEIß“ (Z. 273-274). Erst an dieser Stelle steigt die Ärztin explizit in eine emotionsbearbeitende und somit potentiell tröstende Sequenz ein: Sie pflichtet der Patientin in

ihrer negativen Bewertung bei (Z. 275), empfiehlt ihr, durchzuatmen (wobei sie ihr Zeit lässt) und fragt dann, ob sie etwas zu trinken haben will. Diese emotionsbearbeitende Passage scheint der Patientin über die emotionale Krise hinwegzuhelfen, sie fordert schließlich die Ärztin auf, fortzufahren.

Ein dritter ‚Kondensationspunkt‘ für Trostsequenzen entsteht dann, wenn PatientInnen narrative Sequenzen beginnen, die inhaltlich nicht unmittelbar für die Therapieplanung relevant sind. In einem Fall beginnt die Patientin beispielsweise am Ende des Gesprächs mit einer Erzählung ihrer Krankheitsgeschichte von der ersten Untersuchung an. Im Rahmen dieser Erzählung werden von der Ärztin viele empathische Rückmeldungen geliefert, so dass die Erzählung selbst zu einer Trosthandlung wird (aus Platzgründen – es handelt sich um ein sehr langes Transkript – kann hier nicht im Detail auf dieses Beispiel eingegangen werden). In einem anderen Fall stellt eine Patientin dar, wie ihr ihr Vertrauen in Gott und die Gebete dabei helfen, mit der Krankheit umzugehen. In wieder einem anderen, hier präsentierten Fall beginnt die Patientin (PW) der Ärztin (A1) am Ende des Gesprächs von erfolgreichen Krebsheilungen einer Freundin, ihres Mannes und von ihr selbst zu erzählen:

Beispiel 3: freundin

392 PW: °h <<p> ich hab eine FREUNdIn die hat das
jetzt auch hinter sich;>

393 A1: ja?

394 [hm_hm.]

395 PW: [hm_hm.]

396 JA sie hat mir geholfen-

397 A1: hm_hm.

398 PW: <<p> und (.) °h aber sie ist jetzt wieder FIT;> hh°

399 A1: schön.

400 PW: [das ist SCHÖN;]

401 A1: [das nehmen sie das] als VORBILD.

402 [ich GELL?]

403 PW: [<<lachend> das wär !SCHÖN!]
[wenn das so geht.>]

404 A1: [dass ihnen hoffentlich dann AUCH so geht;]
das wär doch SCHÖN.

405 GENau.

407 ja.

408 PW: INteressant (.) mein mann hatte zwei mal hodenkrebs-

409 A1: hm_hm;

410 PW: und dann war er so gut g_geHEILT,

411 A1: hm_hm;

412 PW: HIEß es;
und dann <<lachend> hab ICH angefangen,>

414 A1: <<seufzend> ACHje::;>

415 PW: und ich war neunundDREIßig als das mit dem melanom war;
416 (1.0)
417 °h und ab da war schon echt ziemlich verABSchiedet
inner[lich,]

418 A1: [hm_hm;]
419 [hm_hm;]

420 PW: [das war] ein großer SCHOCK;

421 °h deshalb schockIERT mich das jetzt nicht mehr so;

422 A1: hm_hm,
 423 PW: es ist jetzt das ZWEite mal-
 424 A1: hm_hm;
 425 hm_hm;
 426 [hm_hm;]
 427 PW: [°hh äh:m] und äh:- (--)
 428 aber (-) i_ich hatt jetzt nicht wirklich LUST <<lachend>
 drauf.> (-)
 429 A1: das glaub ich ihnen WIRklich gerne, (.)
 430 das GLAUB ich [ihnen.]
 431 PW: [das mit] dem melanom da bin ich
 sehr GLIMPflich davongekommen,
 432 sie haben das bloß opeRIERT;
 433 also sie haben so viel HAUT weggeschnitten, (--)
 434 A1: hm_hm;
 435 PW: so; (-)
 436 °hh aber (.) keine CHE:mo ni:x;
 437 A1: SUpEr. (-)
 438 SUpEr.
 439 und die lymph der LYMPHknoten war auch in ordnung ne;

Die Ärztin reagiert zunächst nur mit minimalen Rückmeldungen auf die Informationen der Patientin über deren Freundin. Zum Ende der kurzen Erzählung liefert sie aber neben der positiven Evaluation auch die Ermutigung „das nehmen sie das als VORbild“ (Z. 401) sowie den empathischen Wunsch, dass sie hofft, dass es der Patientin genauso gut ergehen werde wie ihrer Freundin (Z. 404). Abrupt – eingeleitet durch den ‚misplacement marker‘ „INteressant“ (Z. 408) – wechselt die Patientin danach zu einer zweiten erfolgreichen Krebsheilung, der zweimaligen Krebserkrankung ihres Mannes. Bevor dieses kurze Narrativ eine Stelle für die für Erzählungen typische finale Bewertungssequenz eröffnet, leitet die Patientin nahtlos zu ihrer eigenen ersten Krebserkrankung über („und dann <<lachend> hab ICH angefangen>“; Z. 413). Dieser Wechsel auf die persönliche Betroffenheit wird von der Ärztin mit einem durch das Seufzen und die Dehnung prosodisch stark markierten empathischen Rückmeldesignal Mitgefühl signalisiert. Im Verlauf der weiteren Erzählung liefert die Ärztin lediglich stützende Rückmeldesignale, und erst am Ende, als die Bewertungssequenz durch die Patientin mit „aber (-) i‘ ich hatt jetzt nicht wirklich LUST <<lachend> drauf>“ (Z. 428) eingeleitet wird, steigt sie empathisch mit „das glaub ich ihnen WIRKlich gerne, (.) das GLAUB ich ihnen“ (Z. 429-430) und nach der Erweiterung der Erzählung mit „SUpEr. (-) SUpEr“ (Z. 437-438) ein.

Die tröstende Wirkung entsteht hier primär durch die aus der Psychotherapie bekannte problemverarbeitende Funktion von Erzählungen, d.h. eine rekurrente Trostpraktik, die von den PatientInnen ausgeht, ist das Erzählen. Dies wird durch die Trostpraktiken stützender und empathischer Rückmeldungen und Bewertungen durch die ÄrztInnen unterstützt.

Bei den bislang analysierten Beispielen kann man von einer mehr oder weniger direkten Initiierung einer Trostsequenz durch die PatientInnen sprechen, denn durch die verbale

Thematisierung von Emotionen wie Angst oder Verzweiflung werden diese als potentiell Gesprächsthema relevant gesetzt.

Weitaus weniger klar sind dagegen die Fälle zu interpretieren, in denen lediglich implizit, d.h. durch nonverbale Mittel, ein Trostbedarf signalisiert wird, beispielsweise durch Weinen, brechende Stimme, leises Sprechen o.ä. (auch paraverbale Mittel gehören dazu, wie ein niedergeschlagener Blick, das Verbergen des Gesichts in den Händen o.ä.; wie oben erwähnt konnten in dem Projekt aber nur Audioaufnahmen durchgeführt werden, so dass diese Aspekte unberücksichtigt bleiben müssen). Wenn nonverbal Trostbedarf kontextualisiert wird, ist zu beobachten, dass manchmal von den Ärzten darauf eingegangen wird, manchmal aber auch nicht. Der Grund ist, dass die non- und paraverbalen Indikatoren für Verzweiflung, Angst und Trauer in den meisten Gesprächen mehr oder weniger permanent vorhanden sind und ihnen so die Salienz fehlt, als dass sie explizit im Gespräch thematisiert werden. Lediglich wenn durch einen Gefühlsausbruch wie ein starkes Weinen der Gesprächsfluss unterbrochen wird, also die non- und paraverbalen Aspekte eine starke Salienz erhalten, werden sie zum Auslöser von Trostsequenzen.

Ein solches Beispiel ist Beispiel 4 (das unter dem Aspekt des Misstrauens bereits in Imo i.V. analysiert wurde). Der Lebensgefährte der Patientin (LM) fragt nach dem Zeitpunkt der geplanten OP und vergewissert sich, dass keine Chemotherapie stattfinden wird. Trotz dieser guten Nachricht weint die Patientin und antwortet nicht, woraufhin die Ärztin (A1) schließlich tröstend eingreift:

Beispiel 4: nichts schlimmes

```

036 LM    soll die o pe denn STATTTfinden?
037 A1    ja.
038 LM    ja, (1.1)
039      es ist keine CHEmo nötig.=ne?
040      (2.1)
041      SIEHSte; (-)
042 A1    NÄ; (4.6)
043 PW    ((zieht die Nase hoch))
044 LM    <<leise> MANN mann mann;>
045      ist nichts SCHLIMMes,
046 LM    ((schnauft))
047 A1    <<lauter werdend> ist nichts SCHLIMMes;>
048 PW    ((weint, zieht die Nase hoch))
049 A1    frau ((anonymisiert)) (--
050 A1    ECHT;
051      es is NIX schlimmes;
052      das ist-
053 PW    <<weinend> das SAgen sie bloß nur;>
054 A1    warum soll ich das bloß nur SAgen?
055 PW    ((schluchzt; ca. 2 Sekunden))
056 A1    frau ((Name)) wie kommen sie denn DA drauf?
057      [meinen ] sie ich lüg sie AN?

```

Trotz der guten Nachrichten, die die Patientin schon direkt zu Gesprächsbeginn bei der Diagnosemitteilung erhalten hatte (es handelt sich um einen gutartigen, mit sehr wenigen Nebenwirkungen und hohen Heilungschancen zu behandelnden Tumor), beginnt sie zu weinen und reagiert auch nicht auf die positive Nachricht, dass keine Chemotherapie nötig ist. Nach ca. zwei Sekunden versucht der Lebensgefährte der Patientin, diese durch „SIEHste“ (Z. 41) zu einer Reaktion zu bringen, gefolgt von einem bekräftigenden „NÄ“ (Z. 042) der Ärztin, mit der sie die Tatsache, dass keine Chemotherapie nötig ist, bestätigt. Nach weiteren 4.6 Sekunden, während derer die Patientin weint und nicht antwortet, liefert der Lebensgefährte Trostfloskeln („<<leise> MANN mann mann;> ist nichts SCHLIMmes“; Z. 044-045). Die Ärztin wiederholt die tröstende Aussage, dass es nichts Schlimmes sei in Z. 047, doch noch immer reagiert die Patientin nicht. An dieser Stelle redet die Ärztin die Patientin mit ihrem Namen an, eine Praktik, die Nähe herstellt und bereits in Beispiel 1 analysiert wurde. Sie wiederholt erneut – bekräftigt durch ein betontes „ECHT“ (Z. 050) – dass die Diagnose nicht schlimm ist. Hier steigt nun endlich die Patientin ein und legt ihr Misstrauen offen (vgl. Imo i.V. zu einer ausführlichen Analyse), d.h. sie nimmt an, dass die Ärztin ihr die wirklichen Heilungschancen verschweigt. Nachdem die Ärztin die Patientin mit der Unterstellung konfrontiert, sie würde die Ärztin als Lügnerin betrachten, sieht sich die Patientin gezwungen, der positiven Diagnose der Ärztin zuzustimmen. Das Gespräch kann danach in der Tat fortgesetzt werden und die Patientin beruhigt sich (nach Petzold (2004) ist genau dieses Beruhigen eine der zentralen Trostfunktionen). Die Trostsequenz wurde an dieser Stelle im Gespräch notwendig, da die Patientin offensichtlich nicht mehr in der Lage war, dem Gespräch zu folgen. Eine Emotionsbearbeitung war daher für den Gesprächsfortgang notwendig.

In anderen Fällen, wenn die Reaktionen von Patienten und Lebensgefährten weniger starken Einfluss auf den Fortgang des Gesprächs haben und beide auch widersprüchliche Signale aussenden, kann indexikalisches Verhalten, das Emotionen anzeigt, aber auch keine Trostsequenz auslösen. Im folgenden Beispiel wurde dem Patienten (PM) von dem Arzt (AM) bereits die Diagnose und der vorläufige Therapieplan erläutert. Die Lebensgefährtin (LW) übernimmt an dieser Stelle die Gesprächsführung:

Beispiel 5: kann man nichts machen
 407 AM: ich glaub das ist jetzt NICHT-
 408 LW: das [ist noch zu FRÜH-]
 409 AM: [der ZEITpunkt-]
 410 LW: [ja des is NUR, (.)]
 411 AM: [wo man das jEtzt schon beSPRICHT,]

412 LW: [da]MIT;
 413 AM: [äh-]
 414 LW: ja NEE-
 415 PM: ((räuspert sich))
 416 LW: [(xxx xxx) EINzelheiten,]
 417 AM: [()]
 418 LW: is es noch zu [FRÜH,]
 419 PM: [das]
 420 [das is KLAR;]
 421 PM: [()]
 422 LW: [°h aber nur dass man] ä BISSle [weiß-]
 423 PM: [()]
 424 AM: [hm_hm]
 425 AM: hm_hm,
 426 LW: °hh was uns [erWARTet in-] (--)
 427 PM: [()]
 428 AM: hm_hm,
 429 LW: in kommendem JAHR;
 430 PM: [()]
 431 LW: [(seufzt)]
 432 LW: ((seufzt)) <<mit zitternder Stimme>ja::>
 433 PM: klar (.) kann man nichts MACHen, (-)
 434 °h IS halt so;
 435 (1.0)
 436 AM: ja [(xxx)]
 437 PM: [ja;]
 438 PM: sechs WOchen is so naJA;
 439 hm_hm?
 440 (---)
 441 ? : ((schnalzt)) oKAY==
 442 PM: =GU:T-
 443 ? : °hh
 444 AM: sie HAM ja schon en termIn? (.)
 445 bei den chiR[U:R]gen am?
 446 PM: [ja;]
 447 AW: [hm_hm;]
 448 AW: °hh ähm am VIERzehn[ten das] is n frEItag;
 449 PM: [(xxx xxx)]
 450 AW: zur AUFnahme?
 451 siebzehnter ELFter dann die opE:,
 452 PM: hm_hm.
 453 AM: dann sind se bis weIhnachten zu [HAUS;]
 454 PM: [ja;]
 455 LW: [haJA:- (.)]
 456 PM: [<<all>(xxx) WEIHnachten;>]

Der Patient leidet unter einem Adenokarzinom, und der Arzt erklärte zuvor, dass zunächst eine Operation durchgeführt werden muss und sich erst danach entscheiden wird, wie genau die folgende Chemotherapie ablaufen wird. Der Arzt schließt die Schilderung der möglichen Therapien in Z. 408 mit der von der Lebensgefährtin kollaborativ beendeten Aussage, dass es noch zu früh sei, sich um diese Details zu kümmern. Die Lebensgefährtin legt daraufhin ihre Gründe für die Frage nach dem Zeitplan offen, nämlich, dass sie gerne ungefähr wissen würde, wie das kommende Jahr für sie und ihren Lebensgefährten aussehen wird (Z. 422-429). Diese Äußerung wird bereits sehr zögernd und mit vielen Pausen vorgebracht und zum Abschluss seufzt die Lebensgefährtin und liefert ein mit zitternder Stimme gesprochenes und

gedehntes „ja:“ (Z. 432). Diese Indikatoren wären eigentlich gute ‚Kandidaten‘ für den Beginn einer Trostsequenz, doch der Patient markiert mit der nüchternen Aussage „klar (.) kann man nichts MACHen, (-) °h IS halt so“ (Z. 433-434) kein erkennbares Trostbedürfnis. Nach einer Pause von einer Sekunde setzt der Arzt mit einer durch Überlappung nicht verständlichen Äußerung an, parallel bezieht sich der Patient mit der Aussage „sechs WOchen is so naJA“ (Z. 438) auf die vorige Einschätzung des Arztes, dass nach der Operation mit einer sechswöchigen Wundheilung gerechnet werden müsse, bevor die Chemotherapie starten könne. Er wechselt damit thematisch wieder zurück zur Planung der Operation, die dann in Z. 444 von dem Arzt aufgegriffen wird. Das Gespräch dreht sich dann in der Folge wieder um die konkrete Planung der Operation. Dieses Beispiel zeigt sehr gut, dass Trösten eine interaktionale Handlung ist, bei denen Initiatoren und potentielle Trostspender gemeinsamen mitarbeiten müssen. Die Initiierung von Trostbedürftigkeit ist – vor allem, wenn sie nicht verbal erfolgt – immer extrem kontextabhängig als eine solche zu verstehen.

4.2 Von den Ärzten initiierte Trostsequenzen

Trost wird von den Ärzten nicht nur gespendet, wenn es einen ‚Trostauslöser‘ verbaler oder nonverbaler Art durch die PatientInnen gibt, sondern auch initiativ. Dabei ist vor allem die Diagnoseübermittlung der Ort, an dem regelmäßig Trostpraktiken zu finden sind. In der Folge soll nun zunächst auf die Diagnoseübermittlung als den häufigsten sequentiellen Ort des Tröstens eingegangen werden und abschließend ‚freie‘, d.h. sequentiell nicht routiniert festgelegte Orte des initiativen Tröstens untersucht werden.

4.2.1 Das Gute im Schlechten: Trost bei der Übermittlung von Diagnosen

Eine routinierte Trostpraktik, die in zu Beginn der Gespräche bei der Diagnoseübermittlung zu beobachten ist, besteht darin, wann immer möglich die schlechte Nachricht durch positive Faktoren abzumildern, beispielsweise zu betonen, dass der Tumor nicht so aggressiv ist, wie er sein könnte oder dass man mit der Heilung der Tumorart gute Erfahrungen hat. Eine typische sprachliche Strategie, ‚das Gute im Schlechten‘ hervorzuheben, besteht in der „das Schlechte ist X, aber das Gute ist Y“-Strategie (vgl. ausführlich dazu Günthner i.V.). Im Folgenden sollen zwei Beispiele diese Trostpraktik, die Teil der Aktivität der Diagnoseübermittlung ist, illustrieren:

Beispiel 6: verhaftet

```
001 AM00: ja guten MORgen frau ((anonymisiert)),
002         (-) wir sind ja jetzt zuSAMmen gekommen,
003         weil wir über (.) die diaGNose,
```

004 die wir bei ihnen geSTELLT haben,
 005 !SPRECH!en,
 006 (--) !MÜS!sen;
 007 (1.4) u:nd KLAR,
 008 ich versteh das dass sie sich große SORgen machen,
 009 weil,
 010 (---) ((schnalzt)) °hh sie sind ja sozusagen von der HAUSärztin
 wars,_gell?
 011 (-)
 012 PW38: ja;
 013 AM00: (-) verHAfttet worden,
 014 und (.) die hat ihnen geSACHT,
 015 00: ((Stimmen im Hintergrund))
 016 AM00: ich erINner mich noch,
 017 °hh ich hab verdacht auf leukämIE frau ((anonymisiert)),
 018 sie müssen !SO!fort ins krankenhaus;
 019 (1.1) ne,
 020 PW38: mhm,
 021 AM00: da bricht dann natürlich ne WELT zusammen,
 022 wenn man das (.)geSACHT bekommt;
 023 PW38: ja;
 024 AM00: (1.9) also (-) sie sind jetzt n_paar Tage BEI uns,
 025 und wir ham die die exAKte diagnose schon gestellt;
 026 (-) mh?
 027 °h das was ICH ihnen jetzt sage ist,
 028 (--) ZWEIfelsfrei sicher;
 029 (1.6) °h ähm-
 030 (-) ALso,
 031 (--) !JA:! wir müssen das schon bestätigen,
 032 sie haben eine <<sehr deutlich> leukämie,>
 033 (2.0) Aber?
 034 (--) °hh [(-)] ICH glaube man kann sagen,
 035 00: [((Tippen im Hintergrund))]
 036 AM00: so haben s_sie HABen,
 037 (--) so ziemlich die (.) <<sehr deutlich> GÜNstigste> leukämie,
 038 (--) die es !Ü!berhaupt gibt,
 039 (---) oKAY?
 040 PW38: (-) hm_hm;
 041 AM00: das beDEUtet,
 042 °hh wir HABen,
 043 (--) <<langsam> eine SE::HR se::hr gute möglichkeit,>
 044 (--) sie zu beHANDeln?
 045 (2.2) U:ND gesund zu machen;
 046 (2.0) ja?
 047 (-) das ist Überhaupt keine selbstverständlichkeit;
 048 (--) bei einer leukämIE,
 049 (1.5) oKAY?
 050 PW38: und wie soll das dann von STATten gehn,
 051 AM00: DIE leukä-
 052 ich erKLÄRS ihnen;
 053 die leukämIE?

In der Diagnosemitteilung ist sehr gut die typische Struktur eines ‚bad news telling‘ (Maynard 2003) zu beobachten. Schlechte Nachrichten werden für gewöhnlich verzögert, und genau diese Verzögerung einer zu erwartenden Information wirkt als Kontextualisierungshinweis für den Rezipienten, sich auf eine schlechte Nachricht einzustellen. In diesem Beispiel liefern das stark betonte „MÜSsen“ (Z. 006), die vielen Pausen, die Rekapitulation der

023 SEHR aggressiver tUmor ist; °h
 024 sondern Eher einer DER- (2.0)
 025 ganz langsam wächst;
 026 PW: [OK,]

Die Diagnosemitteilung beginnt auch hier mit der typischen Struktur des ‚bad news telling‘: Die Ärztin (A1) liefert viele Pausen, Verzögerungssignale und sehr kurze Intontationsphrasen, bevor die Diagnose eines kleinen bösartigen Tumors gestellt wird. Auf Nachfrage der Patientin folgt jedoch direkt in Z. 013 die Qualifizierung als „gottseidank nicht so ARG bösartig“. Dennoch wird auch hier dann noch die „X-aber-Y-Struktur“ geliefert. Die Diagnose wird noch einmal wiederholt (Z. 015) und mit einem gedehnten „a:ber“ (Z. 018) wird dann die Trost und Hoffnung spendende Information gegeben, dass die Eigenschaften des Tumors diesen als gut behandelbar erscheinen lassen. Dieser Fall, d.h. die Tatsache, dass nach der Unterbrechung durch die Patientin die Diagnose wiederholt wird, um das „X-aber-Y-Muster“ anzubringen, zeigt dessen Sedimentierung als routinierte Trostpraktik der ÄrztInnen.

4.2.2 Von Ärzten initiierte Trostsequenzen außerhalb der Diagnosemitteilungsphase

Während die Diagnosemitteilungsphase eine von den ÄrztInnen initiierte Trostsequenz (meist mit der „X-aber-Y-Praktik durchgeführt) geradezu erwartbar macht (eine zweite, meist allerdings eher kurze Trostsequenz, die aus Wünschen wie *Alles Gute!* besteht, folgt in der Regel am Gesprächsende im Kontext der Verabschiedung der PatientInnen), finden sich aber auch im laufenden Gespräch an unterschiedlichen Stellen Trostsequenzen, die von den ÄrztInnen ausgehen.

Das folgende Beispiel illustriert einen Fall, in dem der Arzt (AM00) der Patientin (PW38) zunächst erklärt, wie ihre Leukämie zustande kam, um dann mit diesen Informationen zugleich in gewissem Sinn zu trösten:

Beispiel 8: fünfzig prozent chance
 102 AM00 (--) IRgendwann in der vergangenheit,
 103 das kann man jetzt nicht GANZ genau sagen,
 104 °hh WANN das war,
 105 °hh ein,
 106 IN einer,
 107 in einem WEIßen blutkörperchen;
 108 (1.4) °h eine SOgenannte,
 109 (3.0) ERBgutveränderung aufgetreten ist;
 110 (1.6) das passIERT einfach so (.) im laufe des (.) lebens.
 111 (2.6) bei JEdem mensch der geboren wird,
 112 00: ((Telefonklingeln im Hintergrund bis Z. 119))
 113 AM00: WISSen wir,
 114 die wahrSCHEINlichkeit,
 115 dass IRgendwann mal,
 116 im LAUfe des lebens,
 117 KREBS entsteht,

118 ne?
 119 die ist (-) in ETwa,
 120 bei männern und frauen bei fünfzig proZENT,
 121 also ER hat fünfzig prozent chance,
 122 mal KREBS zu kriegen,
 123 ich,
 124 00: ((Frauenstimme sagt *hallo* im Hintergrund))
 125 AM00: JEder zweite;
 126 (-) kriegt KREBS;
 127 im LAUfe seines lebens.
 128 (-- da sind sie also überhaupt keine ausnahme.
 129 oKAY?
 130 PW38: (-- jetzt hab ich nochmal EIne frage;
 131 also nach der großen oPE,
 132 ihnen HATT ich_s ja schon gesagt,

Bis Z. 109 bezieht sich die Beschreibung auf den konkreten Fall der Patientin, bei der „IRgendwann in der vergangenheit“ (Z. 102) eine Erbgutveränderung aufgetreten ist, die schließlich zum Ausbruch der Leukämie führte. Ab Z. 110 beginnt der Arzt diese Beschreibung zu verallgemeinern, indem er zunächst feststellt, dass das bei jedem Menschen passiert und er dann damit schließt, dass die Chance, Krebs zu bekommen, bei fünfzig Prozent liege (Z. 120). Der trostrelevante Aspekt liegt dabei an der Stelle, an der der Arzt von der allgemeinen Beschreibung nun wieder den Bogen schlägt zu der Patientin und ihr mitteilt, dass sie keine Ausnahme darstellt. Inwiefern kann eine solche Mitteilung Trost spenden? Nach Petzold (2004: 26) wird in „beruhigend-tröstendem Zuspruch [...] vom Anderen, der als ‚Beistand/röster‘ tätig wird, ‚Unfassliches‘ erklärt und fassbar gemacht, Irrsinn, Abersinn wird in Sinnzusammenhänge gestellt.“ Genau dies passiert hier: Die PatientInnen erleben ihre Erkrankung als unfassbar und unerklärbar, sie fühlen sich vom Leben ungerecht behandelt.³ Die Information, dass es insgesamt 50 Prozent der Bevölkerung so geht, stellt die eigene Erkrankung in den größeren Sinnzusammenhang und hilft dabei, die Erkrankung nicht als „Irrsinn“ oder „Abersinn“ wahrzunehmen. Der Trost liegt hier nicht zuletzt in der altbekannten Weisheit, dass geteiltes Leid halbes Leid ist.

Als letztes Beispiel soll noch eine Trostsequenz vom Ende eines Gesprächs angeführt werden. Wie oben erwähnt, findet sich in der Gesprächsbeendigungsphase normalerweise eine minimale trost- und hoffnungsspendende Sequenz mit Äußerungen wie *Ich wünsche Ihnen alles Gute!* u.ä. Vor allem bei BrustkrebspatientInnen findet sich an dieser Stelle auch das Angebot, professionellen Trostbeistand in Anspruch zu nehmen, wie es die Ärztin (AW01) der Patientin (PW10) im folgenden Transkriptauszug unterbreitet:

³ Eine typische PatientInnenfrage in den Gesprächen ist danach, was sie falsch gemacht haben und wodurch sie die Erkrankung ausgelöst haben. Es ist ihnen nur schwer zu vermitteln, dass Krebs ‚einfach so‘ auftauchen kann, d.h. dass oftmals (Ausnahmen sind natürlich bekannte Verbindungen wie Rauchen und Lungenkrebs) keine Korrelationen zwischen Verhalten und einer Krebserkrankung vorliegen. Angesichts einer solchen ‚Zufallswahl‘ entsteht naturgemäß der Eindruck einer ungerechten Behandlung ‚vom Leben‘.

Beispiel 9: psychoonkologin

618 AW01: ja_a;
619 (-) und ich WEIß net ob ma:,
620 (-) ob wir LETSCHtes mal schon mal drüber gesprochen ham;
621 wir ham ja auch ne die MÖGlichkeit,
622 (-) sie_e,
623 (-) was die (.) SEEle,
624 das psychische[beFIN] den betrifft,
625 PW10: [ja_a;]
626 [ja_a;]
627 AW01: [MIT zu] betreuen,
628 PW10: ja_a;
629 AW01: da hätte ma dann unsere psychoonkoLogin,
630 ASW: hm_hm
631 AW01: bitten [(-)][oder mal zu IHnen zu kommen;]
632 PW10: [ja;]
633 [bin ich mit EINverstan]den;
634 AW01: ne weil ich [glaub]das isch auch was [ganz WI]CHtiges;
635 PW10: [ja;]
636 ASW: [hm_hm;]
637 PW10: ja;
638 : (0.7)
639 PW10: und (.) dann hab ich noch EIne frage,
640 AW01: [hm_hm;]
641 PW10: [weil] (.) jetzt vom geWICHT her,

Das Angebot, die Patientin an die Psychoonkologin zu überweisen, wird von dieser sofort, d.h. noch in Überlappung mit der Äußerung der Ärztin, in einer ‚nüchternen‘, d.h. von ihr als ‚normal‘ markierten Einschätzung dieses Angebots, akzeptiert, danach wechselt die Patientin sofort das Thema und stellt eine Frage zu ihrem Gewichtsverlust. Diese ‚nüchterne‘ Reaktion zeigt, dass das Trostbedürfnis der PatientInnen groß ist, auch wenn dies (non/para)verbal nicht explizit markiert wird.

5. Fazit: Trösten als ärztliche Kompetenz

Wie Petzold (2007: 4) feststellt, sind „Trösten und Beruhigen“ als „transkulturell vorfindliche und deshalb wohl genetisch disponierte Handlungsmuster des zugewandten, sorgenden Umgangs von Helfern in hinlänglicher Selbst- und ggf. Situationskontrolle mit verletzten, verschreckten, traumatisierten, entsetzten, aufgewühlten Mitmenschen, deren ‚Überregung‘ durch diese Muster der Tröstung zu Trost, der Beruhigung zu Ruhe und zur Wiederherstellung der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und Selbsttröstung geführt werden sollen“ zu betrachten. Eine solche ‚Übererregung‘ und ein Gefühl des Kontrollverlusts über den eigenen Körper und das eigene Leben sind typisch für PatientInnen mit einer Krebsdiagnose. Der Forderung Petzolds (2007: 4), dass die von ihm so genannten „Muster der Tröstung“ (hier als „Praktiken des Tröstens“ beschrieben) „mit ihrer ‚evolutionary wisdom‘ auch zur Grundlage der Traumahilfe, Trauerunterstützung, Krisenintervention und PTSD-

Behandlung gemacht werden“ sollen, ist vorbehaltlos zuzustimmen. Die Daten zeigen die Allgegenwart und interaktionale Relevanz des Tröstens in den Diagnose- und Therapieplanungsgesprächen. Bevor man allerdings in die Anwendung gehen kann, wie von Petzold vorgeschlagen, muss man zunächst die Praktiken des Tröstens bestimmen. Dies ist bislang noch nicht geschehen, die meisten Leitfäden des Tröstens bleiben daher sehr vage und verlassen sich auf intuitive Annahmen über das Trösten.

Die Analyse der Daten hat ergeben, dass Trostsequenzen von PatientInnen ausgelöst werden können (explizit oder implizit) oder initiativ von ÄrztInnen. ‚Trostauslösendes‘ Verhalten von PatientInnen umfasst dabei:

- Verbalisierung von Gefühlszuständen oder von erwarteten Nebenwirkungen (vgl. Beispiele 1 und 2): Verbalisierungen von Gefühlszuständen oder von Nebenwirkungen (die indirekt auf Angst als Emotion verweisen) haben eine starke ‚trostauslösende‘ Qualität, da sie das Thema der Gefühle explizit in das Gespräch einführen.
- Nonverbale Kontextualisierung von Gefühlszuständen (vgl. Beispiel 4): Nonverbales Anzeigen von Emotionen ist weniger stark ‚trostauslösend‘. Wenn ein Gespräch auf Grund der Patientenreaktionen (z.B. starkes Weinen) nicht fortgeführt werden kann, ist die trostauslösende Wirkung hoch; wenn dagegen das Gespräch nicht beeinträchtigt wird, kann es auch sein, dass keine Trostsequenz gestartet wird.
- Erzählungen von PatientInnen über ihre ‚Krebsgeschichte‘ oder über Bekannte, die ebenfalls an Krebs erkrankt waren/sind (z.B. Beispiel 3): Auch diese Erzählungen haben eine starke Wirkung der ‚Trostauslösung‘, da sie eine persönliche Komponente, d.h. ein Sprechen über das Leben der PatientInnen, in das Gespräch einführen.

Die Reaktionen der ÄrztInnen auf diese ‚trostauslösenden‘ Signale der Patientinnen umfassen eine Reihe mögliche Trostpraktiken, wie z.B.:

- rationale Strategien des Tröstens durch das Liefern von Informationen wie positiven Bewertungen der Tumoreigenschaften, der Therapielänge, der geringen Nebenwirkungen und der Heilungschancen (vgl. Beispiel 1) und
- empathische Strategien des Tröstens, wie persönliche Anreden, die Nähe herstellen (vgl. Beispiel 1), gleichlaufende, einfühlende Bewertungen (vgl. Beispiel 2), Empfehlung von Strategien der Emotionsbewältigung wie einem langsamen Durchatmen (vgl. Beispiel 2) oder stützende Rückmeldesignale (vgl. Beispiel 3).

Die empathischen Trostpraktiken sind nicht ohne Grund umfangreicher. Empathische Strategien wirken besser als ‚rationale‘ Strategien, wie beispielsweise Heritage/Lindström (2012: 272) in einer Analyse von Beratungen von Müttern mit Depressionen nach der

Schwangerschaft zeigten. Je stärker die Beraterinnen als ‚Freunde‘ (‚befriender‘) auftraten und entsprechend empathisch reagierten, desto größer war der Erfolg der Beratung.

Neben der Initiierung einer Trostsequenz durch die PatientInnen fanden sich auch von ÄrztInnen initiierte Trostsequenzen:

- Eine stark verfestigte Trostpraktik findet sich am Anfang der Gespräche im Rahmen der Handlung der Diagnoseübermittlung. Die ÄrztInnen verwenden dabei eine „Schlecht-aber-gut-Strategie“, mit der sie zunächst die schlechte Diagnose der Krebserkrankung übermitteln, eingeleitet durch ein meist prosodisch hervorgehobenes *aber* dann positive, Hoffnung schaffende Aspekte hervorheben (geringer Grad der Aggressivität des Tumors; Erfahrung mit guten Heilungschancen o.ä.), d.h. es wird das „Gute im Bösen“ (so ein Zitat aus einem der Gespräche) betont.
- Eine auf rationale Strategien setzende Trostpraktik ist die Vermittlung von Informationen über die Krebserkrankung die Prozentzahlen von Erkrankungen betreffend. Diese Informationen helfen den PatientInnen dabei, die gefühlte Arbitrarität, das ‚als Opfer ausgewählt worden sein‘ einer (noch?) nicht kausal erklärbaren Erkrankung zu reduzieren.
- Schließlich sind im Verlauf des Gesprächs immer wieder empathische, einführende Trostpraktiken zu finden. Vor allem am Gesprächsende sind solche Phasen zu finden, die von eher minimalen Trostfloskeln wie *Ich wünsche Ihnen von Herzen alles Gute!* bis zu Angeboten der Vermittlung von Psychoonkologen reichen.

Die Daten haben gezeigt, dass ÄrztInnen vor der Aufgabe stehen, professionelle ‚Tröster‘, ‚Beruhiger‘ und ‚Empathie-Geber‘ zu sein. Damit sie diese Aufgabe erfüllen können, sind einerseits empirische Untersuchungen der Praktiken des Tröstens notwendig und andererseits Trainingseinheiten und Leitfäden, die in der ärztlichen Gesprächsführungsausbildung eingesetzt werden können.

Literatur

Bahlo Nils, Fürstenberg Indra und Michaela Drost (2015): „muss der papa STREI:cheln?“ - Modalkonstruktionen in interaktionalen Trostprozessen mit Kleinkindern. In: Bückler Jörg, Günthner Susanne und Wolfgang Imo (Hrsg.): Konstruktionsgrammatik V. Tübingen: Stauffenburg, 269-290.

Bentz, Martin et al. (2016): Von der Pathologie zum Patienten: Optimierung von Wissenstransfer und Verstehenssicherung in der medizinischen Kommunikation. URL:

<http://krebshilfe.sprache-interaktion.de/wp-content/uploads/2016/08/Bentz-et-al.-2016-Vonder-Pathologie-zum-Patienten.pdf>.

Bergmann, Jörg (1987): Klatsch: Zur Sozialform der diskreten Indiskretion. Berlin.

Bergmann, Jörg und Thomas Luckmann (1995): Reconstructive Genres of Everyday Communication. In: Quasthoff, Uta (Hg.): Aspects of oral communication. Berlin, 289–304.

Birkner, Karin und Friederike Kern (2000): Bewerbungsgespräche mit Ost- und Westdeutschen. In: Auer, Peter/Heiko Hausendorf (Hg.): Kommunikation in gesellschaftlichen Umbruchsituationen. Tübingen, 45–82.

Burleson, B. R. (1985): The production of comforting messages: Social-cognitive foundations. In: Journal of Language and Social Psychology 4, 253-273.

Caplan, Scott E. und Jacob S. Turner (2007): Bringing theory to research on computer-mediated comforting communication. In: Computers in Human Behavior 23, 985-998.

Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke und Angelika Linke (2016): Sprachliche und kommunikative Praktiken: Eine Annäherung aus linguistischer Sicht. In: Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke und Angelika Linke (Hg.): Sprachliche und kommunikative Praktiken. Berlin: de Gruyter, 1-23.

Dziewas, Ralf (1999): Trösten - Nicht Vertrösten. Gedanken Eines Krankenhausseelsorgers zur tröstenden Begleitung Unheilbar Kranker. In: Joerden, Jan C. (Hg.): Der Mensch und seine Behandlung in der Medizin. Bloß ein Mittel zum Zweck? Berlin: Springer, 239-248.

Ekert, Bärbel und Christiane Ekert (2013): Psychologie für Pflegeberufe. Thime.

Fallowfield, Lesley (1993): Giving sad and bad news. In: The Lancet 341, 476-478.

Feiter, Reinhard (2006): Trösten – oder: Die Kunst, nicht trösten können zu wollen. In: Pastoraltheologische Informationen 26, 149-160.

Fiehler, Reinhard (2000): Über zwei Probleme bei der Untersuchung gesprochener Sprache. In: Sprache und Literatur 31, S. 23–42.

Fiehler, Reinhard, Walther Kindt und Guido Schnieders (2002): Kommunikationsprobleme in Reklamationsgesprächen. In: Brünner, Gisela, Reinhard Fiehler und Walther Kindt (Hrsg.): Angewandte Diskursforschung. Band 1: Grundlagen und Beispielanalysen. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung, 120-154.

Günther, Ralf (1995): Seelsorge auf der Schwelle. Eine linguistische Analyse von Seelsorgegesprächen im Gefängnis. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.

- Günthner, Susanne (1995): Gattungen in der sozialen Praxis. *Deutsche Sprache* 3, S. 193–218.
- Günthner, Susanne (2006): Von Konstruktionen zu kommunikativen Gattungen: Die Relevanz sedimentierter Muster für die Ausführung kommunikativer Aufgaben. In: *Deutsche Sprache* 34, S. 173–190.
- Günthner, Susanne (2016): Praktiken erhöhter Dialogizität: onymische Anredeformen als Gesten personifizierter Zuwendung. In: *ZGL* 44 (Themenheft „Dialogizität“), 406-436.
- Günthner, Susanne (i.V.): Kommunikative Gattungen im Alltagsgebrauch – Analysen verfestigter Muster in onkologischen Aufklärungsgesprächen.
- Günthner, Susanne/Hubert Knoblauch (1994): ‚Forms are the food of faith‘. Gattungen als Muster kommunikativen Handelns. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 4, S. 693–723.
- Günthner, Susanne/Hubert Knoblauch (1995): Culturally patterned speaking practices – the analysis of communicative genres. In: *Pragmatics* 5, S. 1–32.
- Habscheid, Stephan (2016): Handeln in Praxis. Hinter- und Untergründe situierter sprachlicher Bedeutungskonstitution. In: Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke und Angelika Linke (Hrsg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin: de Gruyter, 127-151.
- Hanks, William F. (1996): Language form and communicative practices. In: Gumperz, John J. und Stephen C. Levinson (Hrsg.): *Rethinking linguistic relativity*. Cambridge: Cambridge University Press, 232-270.
- Heritage, John (2010): Conversation Analysis: Practices and Methods. In: Silverman, David (Hg.): *Qualitative Sociology*. London, S. 208-230.
- Heritage, John und Anna Lindström (2012): Knowledge, Empathy, and Emotion in a Medical Encounter. In: Peräkylä, Anssi und Marja-Leena Sorjonen (Hrsg.): *Emotion in Interaction*. Oxford: OUP, 256-273.
- Imo, Wolfgang (i.V.): Das Problem der zweiten Meinung: Vom Umgang mit Misstrauen in onkologischen Therapieplanungsgesprächen.
- Jones, Susanne M. und John G. Wirtz (2006): How does the comforting process work? An empirical test of an appraisal-based model of comforting. In: *Human Communication Research* 32, 217-243.

- Klemperer, David (2009): Qualitätssicherung durch informierte Patienten. In: Norbert Klusen, Anja Fließgarten und Thomas Nebling (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt. Der mündliche Bürger als mündiger Patient*. München: Nomos, 139-155.
- Lalouschek, Johanna (1993): „Irgendwie hat man ja doch bißl Angst.“ Zur Bewältigung von Emotion im psychosozialen ärztlichen Gespräch. In: Löning, Petra und Jochen Rehbein (Hrsg.): *Arzt-Patienten-Kommunikation*. Berlin: de Gruyter, 177-190.
- Luckmann, Thomas (1986): Grundformen der gesellschaftlichen Vermittlung des Wissens: Kommunikative Gattungen. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 27, S. 191–211.
- Luckmann, Thomas (1988): Kommunikative Gattungen im kommunikativen ‚Haushalt‘ einer Gesellschaft. In: Smolka-Koerdt, Gisela/Peter M. Spangenberg/Dagmar Tillmann-Bartylla (Hg.): *Der Ursprung von Literatur*. München, S. 179–288.
- Luckmann, Thomas (1992): On the communicative adjustment of perspectives, dialogue and communicative genres. In: Heen Wold, Astri (Hg.): *The dialogical alternative*. Oslo, 219–234.
- Maynard, Douglas W. (2003): *Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: Chicago University Press.
- Pennycook, Alastair (2010): *Language as a local practice*. New York: Routledge.
- Petzold, Hilarion G. (2004): Psychotherapeutische Begleitung und ‚Trostarbeit‘ bei Sterbenden – ein integriertes Konzept für die Thanatotherapie. In: *Polyloge* 5, 1-35.
- Petzold, Hilarion G. (2007): *Trost/Trostarbeit und Trauer/Trauerarbeit – Konzepte, Modelle, Kontexte – Materialien aus der Integrativen Therapie*. URL: https://www.erzbistum-koeln.de/export/sites/ebkportal/seelsorge_und_glaube/krankheit_und_pflege/.content/.galerie/s/ethik-medizin-pflege/Vortraege_Seminarunterlagen/2009-12-01-Trost-TrostarbeitModelle.pdf.
- Petzold, Hilarion (2010): Trauer, Complicated Grief, Trost, Trostarbeit – integrative Perspektiven. In: *Polyloge* 18, 1-7.
- Pomerantz, Anita M. (1980): Telling My Side: ‘Limited Access’ as a ‘Fishing Device’. In: *Sociological Inquiry* 50: 186–198.
- Reckwitz, Andreas (2003): Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. In: *Zeitschrift für Soziologie* 32, S. 282–301.

Rogers, Carl R. (1975): Empathic: An Unappreciated Way of Being. In: *The Counseling Psychologist* 5, 1-16.

Scharloth, Joachim (2016): Praktiken modellieren: Dialogmodellierung als Methode der Interaktionalen Linguistik. In: Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke und Angelika Linke (Hg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin: de Gruyter, 311-336.

Schatzki, Theodore R. (2001): Introduction: Practice theory. In: Schatzki, Theodore R./Karin Knorr Cetina/Eike von Saigny (Hg.): *The practice turn in contemporary theory*. London, S. 10–24.

Schegloff, Emanuel A. (1995): Discourse as an Interactional Achievement III: The Omnirelevance of Action. In: *Research on Language and Social Interaction* 28, 185–211.

Schegloff, Emanuel A. (1997): Practices and Actions: Boundary Cases of Other-Initiated Repair. In: *Discourse Processes* 23, 499–445.

Schnelzer, Thomas (2005): *Trauernde trösten*. Regensburg: Pustet.

Schnettler, Bernt/Hubert Knoblauch (2007): *Powerpoint-Präsentationen: Neue Formen der gesellschaftlichen Kommunikation von Wissen*. Konstanz.

Schröter, Juliane (2016): Vom Handeln zur Kultur. Das Konzept der Praktik in der Analyse von Verabschiedungen. In: Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke und Angelika Linke (Hg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin: de Gruyter, 369-403.

Selting, Margret (2016): Praktiken des Sprechens und Interagierens im Gespräch aus der Sicht von Konversationsanalyse und Interaktionaler Linguistik. In: Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke und Angelika Linke (Hg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin: de Gruyter, 27-56.

Stuckenbrock, Anja (2016): Deiktische Praktiken: Zwischen Interaktion und Grammatik. In: Deppermann, Arnulf, Helmuth Feilke und Angelika Linke (Hg.): *Sprachliche und kommunikative Praktiken*. Berlin: de Gruyter, 81-126.

Weymann, Volker (1989): *Trost? Orientierungsversuch zur Seelsorge*. Zürich: Theologischer Verlag.