

Über die sprachlich-narrative Einholbarkeit subjektiven Erlebens nach einer Hirnschädigung. Komplexe und einfache Patient_innen-Erzählungen im Vergleich

Neurol Rehabil 2015; 21 (2): 94–104
Hippocampus Verlag 2015

T. Jesch

Zusammenfassung

Einführung in die theoretischen und methodischen Grundlagen: Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, ob die eigentlich auf schriftliche Erzählprosa zugeschnittene narratologisch-strukturalistische Analyse der semantischen Text-Tiefenstruktur sowie des unzuverlässigen Erzählens die Deutung einfacher Patient_innen-Erzählungen bereichert. Um diese Frage zu beantworten, wird zusätzlich ein intertextuelles Verfahren eingesetzt, das in der Rezeption einer medial und konzeptionell mündlichen Patienten-Erzählung vor der Folie einer komplexeren, medial und konzeptionell schriftlichen Patienten-Erzählung besteht. Insgesamt werden die beiden Patientenerzählungen, auch vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Traumaforschung, bezüglich der erzählerischen Konstruktion biografischer Kontinuität und Diskontinuität verglichen – auf der Suche nach dialogischen Ansatzpunkten, um im therapeutischen Gespräch zu einem kontinuierlicheren Lebens- und Selbstentwurf nach einer Hirnschädigung beizutragen.

Patienten, Material und theoriegeleitete Anwendung der Methoden: Exemplarisch wird ein Transkript aus der mündlichen Erzählung eines hirngeschädigten ehemaligen Bauhandwerkers intertextuell auf einen Tagebuchauszug des in einem Attentat durch Kopfschüsse verletzten Politikers Rudi Dutschke bezogen. Beide Texte werden auf ihre semantischen – unter Umständen traumatisch bedingten – Paradigmata und Oppositionen sowie auf Indizien eines (nicht im moralischen Sinne!) unzuverlässigen Erzählens hin untersucht, das psychoanalytisch womöglich als Kompromissbildung zwischen Mitteilung und Abwehr des Traumas zu erklären ist.

Ergebnisse: Die einfache Patientenerzählung lässt sich vor der intertextuellen Folie der komplexeren Erzählung rezipieren. Deren differenziertere und kontinuierlichere biografische Konstruktion liefert – insbesondere bei Beachtung von Unzuverlässigkeits-Signalen der einfachen Erzählung – möglichen Gesprächspartner_innen solcher Patient_innen exemplarische Ansatzpunkte für eine Gesprächsführung, die Hirnverletzten mehr Kontinuität in der biografischen Selbstkonstruktion ermöglicht.

Schlüsselwörter: Patient_innen-Erzählung, Narratologie, Unzuverlässiges Erzählen, semantische Tiefenstruktur, Intertextualität, Psychoanalyse, Traumatheorie

*Pädagogische Hochschule Freiburg,
Institut für deutsche Sprache und
Literatur*

Einführung in die theoretischen und methodischen Grundlagen

Erzählen ist eine wesentliche menschliche Kommunikationsform, sowohl im Alltag als auch in nicht alltäglichen Lebensphasen oder in Gestalt fiktionaler Literatur. Das Erzählen in all diesen Kontexten kann Gegenstand der Forschung sein, namentlich der sogenannten Narratologie, wörtlich zu übersetzen als Kunde vom Erzählen. Diese Erzählkunde befasst sich mit dem Was und Wie des Erzählens, also mit der jeweils erzählten Geschichte als solcher sowie mit der Art, in der diese Geschichte präsentiert wird. Auch in einem Teilgebiet der Rehabilitationsforschung, das die Bezeichnung Narrative Medizin trägt, werden Patient_innen-Erzählungen unter Rückgriff auf die sprachwissenschaftliche Gesprächs- und Erzählforschung sowie auf einige Begriffe und Konzepte der literaturwissenschaftlichen Narratologie ana-

lysiert [24, 31, 15]. Der vorliegende Beitrag verstärkt und erweitert diese literaturwissenschaftliche Perspektive beim Blick auf Erzähltexte hirnverletzter Patient_innen. Zugleich nimmt er, anknüpfend an Vorarbeiten [20, 21] und wie in der Einladung zu einem Symposium der Narrativen Medizin¹ gewünscht, eine germanistische, von interdisziplinärer Neugier bestimmte Außensicht auf den klinischen Bereich der Rehabilitationsmedizin ein. Die Interaktion, welche die untersuchte mündliche Erzählung in der Gesprächssituation mitbestimmt hat, welche sich aber auch innerhalb erzählter Welten zwischen den Figuren entfaltet [25], erfährt dabei zugunsten der für sich genommenen Textualität der Patient_innen-Erzählungen weniger Aufmerksamkeit als in der Narrativen Medizin üblich. Dem hier vorgeschlagenen Ansatz gemäß wird die dialogische Dimension jedoch durchaus

¹ 2. Berliner Symposium zur Narrativen Medizin. Nach der Hirnschädigung: Erzählen und Verstehen. 9. August 2014

berücksichtigt, und zwar beim Hinhören auf den Erzähltext einer hirnverletzten Person, bei dessen Beobachtung daraufhin, ob er denn Anknüpfungspunkte für therapeutische Antworten anbietet.

Dafür gilt es – von der Warte des Strukturalismus aus – achtzuhaben auf die Tiefenstruktur des Erzähltextes mit ihren auffälligen Kontinuitäten und ungereimten Diskontinuitäten sowie auf die Textoberfläche mit ihren eigenen Indizien ‚unzuverlässigen Erzählens‘ ([5]; [32], S. 132), eines narratologisch bedeutsamen Phänomens, dessen literaturwissenschaftlich etablierter Terminus hier beibehalten wird, ohne dass damit etwa moralische Kritik an den erzählenden Patient_innen geübt würde. Zum Begriff der Kontinuität tritt im Rahmen der Betrachtung der Text-Tiefenstruktur ein hier tendenziell synonym verwendeter Grundbegriff des Strukturalismus hinzu, der Terminus ‚Paradigma‘, bei der Lektüre der Übersetzung von Ferdinand de Saussures klassischem und für die strukturelle Literaturwissenschaft basalen Werk »Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft« wiederum auffindbar als »Assoziation« sprachlicher Elemente zu »Gruppen« ([6], S. 150, vgl. S. 147f., 150–152):

»Gruppen, die durch Assoziation im Geist gebildet sind, stellen Verbindungen her nicht nur zwischen Gliedern, die irgend etwas Gemeinsames an sich haben, sondern der Geist faßt auch Beziehungen auf, die sich in jedem einzelnen Fall zwischen ihnen bilden, und schafft auf diese Weise ebenso viele Assoziationsreihen, als es verschiedene Beziehungen gibt.« ([6], S. 150)

Bei der tiefenstrukturellen Analyse der hier ausgewählten Patientenerzählungen ergeben sich solche »Assoziationsreihen«, also Paradigmata, aus temporal-grammatischen oder aus zeitlich-inhaltlichen Beziehungen, die textintern gestiftet bzw. der Wortlaut-Semantik geschuldet sind. Entsprechendes gilt für die entgegengesetzte strukturalistische Basisoperation der Oppositionsbildung, die einzelne Terme oder ganze Paradigmata einander gegenüberstellt und bei der Untersuchung von Patientenerzählungen dem Aufspüren struktureller Diskontinuitäten in der biografischen Konstruktion dient.

Solche Diskontinuitäten, in der Text-Tiefenstruktur bedingt durch allzu starre Oppositionen und auf der Textoberfläche explizit begleitet durch Übergeneralisierungen, Übertreibungen, harte Kontrastierungen, aber auch Vagheits-, Relativierungs- und Unsicherheitssignale, können Indizien unzuverlässigen Erzählens sein. Derartige erzählerische Unzuverlässigkeit wurde zuerst als stets zu gewärtigendes Phänomen fiktionaler Erzähltexte beobachtet und ist durch deren kommunikative Struktur erklärbar: Die textbasierte (nicht empirisch-biografische!) Autor_innen-Instanz narrativer Literatur gestaltet nach dem hier zugrunde gelegten Kommunikationsmo-

dell fiktionalen Erzählens ([19], S. 73–76; [33], S. 46–112) eine eigene fiktive (aber durchaus realitätsbezogene) Welt. In dieser dargestellten Welt setzt die selbst stets stimmlose Autor_innen-Instanz eine mehr oder weniger deutlich profilierte Erzählfigur mit Erzählstimme ein. Die von dieser Erzählfigur erzählte Geschichte hat wiederum Figuren zum Gegenstand, welche ihrerseits sprechen – und auch in sonstiger Weise handeln. Eine dieser erzählten Figuren kann das *erzählte* Ich der in diesem Falle als *erzählendes* Ich dargestellten Erzählfigur sein.

Vermittelt durch die Stimme der Erzählfigur, richtet sich die Autor_innen-Instanz indirekt an das Lesepublikum. Auch nicht explizit Ausgesprochenes, sofern es der Rede der Erzählfigur oder der von ihr zitierten erzählten Figuren implizit ist, gehört zur Mitteilung der Autor_innen-Instanz. Mit anderen Worten: Die stumme Autor_innen-Instanz kommuniziert dadurch, dass sie an ihrer Stelle die fiktive Erzählfigur und andere sprechende Figuren explizite oder implizite Mitteilungen machen lässt. Deshalb bezeichnet der Literaturwissenschaftler Dieter Janik fiktionales Erzählen als »kommunizierte Kommunikation« ([18], S. 12; vgl. [20], S. 12f.).

Die in dieser Formel ausgedrückte kommunikative Indirektheit lässt es beim Lesen geboten erscheinen, zwischen der Autor_innen-Instanz und der Erzählfigur genau zu unterscheiden. Denn Letztere muss die von ihr implizierten Aussagen nicht unbedingt in vollem Umfang beabsichtigen oder verstehen. Und nicht alles, was die Erzählfigur sagt, muss im Sinne der Autor_innen-Instanz »mimetisch« und »theoretisch« ([27], S. 101, vgl. S. 100–104) zuverlässig sein, also mit den – an anderer oder gar derselben Textstelle – erkennbaren Fakten und gültigen Werten der dargestellten Welt übereinstimmen. Vielmehr kann die Erzählrede im Sinne des Literaturwissenschaftlers Wayne Booth »unzuverlässig« ([5], S. 164) sein, während sich die Autor_innen-Instanz mittels impliziter Indizien – quasi ‚hinter dem Rücken‘ ihrer Erzählfigur – an das Lesepublikum wendet.

»In diesem Fall kommuniziert der unzuverlässige Erzähler eine explizite Botschaft, während der Autor dem Leser implizit, sozusagen an dem Erzähler vorbei, eine andere, den Erzählerbehauptungen widersprechende Botschaft vermittelt. Die explizite Botschaft des Erzählers ist die nicht eigentlich gemeinte, die implizite des Autors hingegen die eigentlich gemeinte.« ([27], S. 101)

Was in der dargestellten Welt mimetisch-faktisch und theoretisch-ethisch gilt, hängt auch vom durch die Autor_innen-Instanz für den Verstehensprozess vorausgesetzten extratextuellen Weltwissen des Lesepublikums ab, sofern textintern keine davon abweichenden Regeln erlassen sind. Demzufolge entsteht Unzuverlässigkeit aus Sicht der kognitiven Narratologie auch durch Brüche von Weltwissens-Schemata ([29]; [2], S. 128).

Beim Lesen oder Anhören von Patient_innen-Erzählungen nun kann es, nicht anders als bei der Literaturrezeption, durchaus aufschlussreich sein, auf Anzeichen von Unzuverlässigkeit zu achten – wie es schon Freud zum Verständnis von Fehlleistungen tut: »Meine Deutung schließt die Annahme ein, daß sich bei dem Sprecher Intentionen äußern können, von denen er selbst nichts weiß, die ich aber aus Indizien erschließen kann.« ([10], S. 59) Entsprechend ist es in direkter therapeutischer Kommunikation mit einer rekonvaleszenten Person durchaus möglich, dass sich in deren Erzählrede, »sozusagen an dem Erzähler vorbei, eine andere, den Erzählerbehauptungen widersprechende Botschaft vermittelt«. Die »widersprechende Botschaft« stammt dann von einer nicht-literarischen ‚Autor_innen-Instanz‘, nämlich von der sich als »Kompositionssubjekt« ([20], S. 14) des Erzähltextes mitteilenden, in medizinischer Rehabilitation befindlichen Gesamtpersönlichkeit. Diese zielt unbewusst darauf ab, dass Diskontinuitäten und damit verbundene Unzuverlässigkeiten in der Erzählrede ein waches Gegenüber aufmerken, die implizierte eigentliche Problemlage erschließen und die nach dem Trauma abgewehrten biografischen Kontinuitäten erahnen lassen. Ein sich auf diese Weise selbst dementierendes Erzählen ist psychoanalytisch gesprochen das Ergebnis einer »Kompromissbildung« zwischen Ausdruck und Unterdrückung unerwünschter Inhalte:

»Wir nehmen an, daß es in unserem seelischen Apparat zwei gedankenbildende Instanzen gibt, deren zweite das Vorrecht besitzt, daß ihre Erzeugnisse den Zugang zum Bewußtsein offen finden, während die Tätigkeit der ersten Instanz an sich unbewußt ist und nur über die zweite zum Bewußtsein gelangen kann. An der Grenze der beiden Instanzen, am Übergang von der ersten zur zweiten, befinde sich eine Zensur, welche nur durchläßt, was ihr angenehm ist, anderes aber zurückhält. Dann befindet sich das von der Zensur Abgewiesene, nach unserer Definition, im Zustande der Verdrängung. Unter gewissen Bedingungen [...] ändere sich das Kräfteverhältnis zwischen beiden Instanzen in solcher Weise, daß das Verdrängte nicht mehr ganz zurückgehalten werden kann. [...] dann wird es dem bisher Verdrängten gelingen, sich den Weg zum Bewußtsein zu bahnen. Da die Zensur aber niemals aufgehoben, sondern bloß herabgesetzt ist, so wird es sich dabei Veränderungen gefallen lassen müssen, welche seine Anstößigkeiten mildern. Was in solchem Falle bewußt wird, ist ein Kompromiß zwischen dem von der einen Instanz Beabsichtigten und dem von der anderen Geforderten. Verdrängung – Nachlaß der Zensur – Kompromißbildung, dies ist aber das Grundsche ma für die Entstehung sehr vieler [...] psychopathischer Bildungen [...].« ([11], S. 689 f.)

Bezogen auf latent diskontinuierliche und unzuverlässige Erzählungen Hirngeschädigter greift allerdings weniger Freuds triebdynamisches Modell als vielmehr eine daran anknüpfende traumatheoretische Modellvariation der Kompromissbildung; denn die erzählenden Patient_innen haben ja ein organisches Trauma erlitten, das zugleich eine mehr oder weniger starke psychische Traumatisierung auslösen kann. Eine solche resultiert nach Freud aus der zutiefst schockierenden Erfahrung eigener Hilflosigkeit: »Heißen wir eine solche erlebte Situation von Hilflosigkeit eine traumatische« ([12], S. 199). Gottfried Fischer und Peter Riedesser entwickeln ausgehend von Freuds Vorarbeiten folgende verwandte »Definition der traumatischen Erfahrung« ([8], S. 395):

»Psychische Traumatisierung lässt sich definieren als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.« ([8], S. 395, vgl. S. 63–146)

Der Umgang einer traumatisierten Person mit dem ihr Widerfahrenen ist oft von traumaspezifischer Kompromissbildung bestimmt. Dabei wird die traumatisierende Erfahrung als ein meist unbewusstes und darum schwer beeinflussbares kognitiv-emotionales Wahrnehmungs- und Handlungsschema fest im Gedächtnis verankert. Es ist in den meisten Fällen nur impliziter Erinnerung zugänglich. Zur Kompensation des Traumas bildet sich daneben ein weiteres psychisches Schema heraus, das die traumatisierende Situation umkehren und ungeschehen machen soll. Beide Schemata wirken psychodynamisch gegeneinander, indem das Traumaschema die erlittene Verletzung implizit zur Geltung zu bringen sucht, während das traumakompensatorische Schema bestrebt ist, die schmerzliche Erfahrung abzuwehren und in der Verdrängung zu halten. Als drittes Schema wirkt das sogenannte Desillusionierungsschema in dieses Kräftespiel hinein. Es repräsentiert die schonungslose und bleibende Desillusionierung des Traumaopfers durch das Erleben absoluter Hilflosigkeit in der traumatischen Überwältigungssituation. (Vgl. [8], S. 104, 114 f., 385, 395 f.) Trotz seiner negativen, ganz und gar resignativen Färbung erfasst das Desillusionierungsschema das Trauma in seinen verschiedenen Aspekten ebenso wenig wie das beschönigende traumakompensatorische Schema:

»Wie das kompensatorische Schema, der Gegenentwurf zur traumatischen Erfahrung, beruht auch das Desillusionierungsschema auf unvollständiger oder verzerrter Information über die traumatischen Ereignisse.« ([8], S. 105)

Das Desillusionierungsschema ist ein Zerrbild, eine vergrößernde Generalisierung des Traumaschemas ([8], S. 107). Es ist als Kompromissbildung zwischen Traumaschema und traumakompensatorischem Schema zu verstehen, insofern es Ersterem zu entstelltem oder nur partiellem Ausdruck verhilft und dabei Letzteres durch kompensatorische Enttäuschungsprophylaxe ergänzt:

»Es repräsentiert die traumabedingte Desillusionierung und wirkt zugleich traumapräventiv im Sinne der kompensatorischen Tendenz: wer nichts erwartet, kann auch nicht enttäuscht werden.« ([8], S. 385)

Kompromisshaft ist aber auch die zwei gegenläufige Tendenzen vereinbarende Artikulation, zu der das Leiden der traumatisierten Person gelangt, indem sich das Traumaschema oder seine Generalisierung auf der einen Seite und das traumakompensatorische Schema auf der anderen Seite im Verhältnis zueinander austarieren ([8], S. 107). Fischer und Riedesser erläutern dies in analogisierendem Rekurs auf Freuds oben bereits zitiertes triebdynamisches Modell:

»Zwischen der Operation von Traumaschema und traumakompensatorischen Maßnahmen besteht im traumatischen Prozess ein labiles, dynamisches Gleichgewicht nach Art jener Balance, die im dynamischen Modell der Psychoanalyse zwischen Impuls und Abwehr besteht. Freud hat bekanntlich das neurotische Symptom als eine Kompromissbildung zwischen (Trieb) Wunsch und Abwehr beschrieben. In vergleichbarer Weise kann ein Gleichgewicht im traumatischen Prozess dadurch hergestellt werden, dass ein Darstellungs- oder Handlungsfeld eröffnet wird, worin Aspekte des Traumaschemas und der kompensatorischen Maßnahmen gleichermaßen zum Ausdruck kommen. [...] Es entsteht aus dem dynamischen Kompromiss zwischen dem Traumaschema und den traumakompensatorischen Maßnahmen der Persönlichkeit.« ([8], S. 105)

Dieses »Darstellungs- oder Handlungsfeld« kann für traumatisierte Patient_innen das Erzählen sein, das ihnen einen Kompromiss ermöglicht zwischen Wiedergabe der traumatischen Inhalte und deren kompensatorischer Verkehrung. Dabei können psychisch auf Wiedergutmachung gerichtete Kompensation und völlige Desillusionierung einander abwechseln, sodass (in abgemilderter Form) der in der Traumaforschung bekannte Mechanismus der »Drehbühne« ([8], S. 114) wirksam zu werden scheint,

»wie in einer Theateraufführung, in der – möglichst bei Dunkelheit – die Bühne gedreht wird.

Wenn die Beleuchtung wieder eingeschaltet wird, erblickt die Zuschauerin eine völlig veränderte Szenerie. Ein anderes Bühnenbild ist aufgebaut, manchmal haben auch die Schauspielerinnen gewechselt« ([8], S. 114).

Solche erzählerische Diskontinuität, die mit einem Wechsel zwischen den erzählten Zeitebenen der Vergangenheit und der Gegenwart einhergehen mag, ist vom Kompositionssubjekt, mit anderen Worten von der Autor_innen-Instanz oder auch, um noch einschlägiger im Bild des Theaters zu bleiben, »vom Regisseur geplant und angeordnet« ([8], S. 114). Indessen ist sich die Erzählinstanz, also der erzählende Teil der Patient_innen-Persönlichkeit, dieses Plans und seiner von ihr selbst geleisteten Umsetzung nicht bewusst ([8], S. 114 f., 117).

Diskontinuitäten und sonstige Unzuverlässigkeitssignale, »angeordnet« durch das unbewusste Kompositionssubjekt in seinem widersprüchlichen Drängen nach Mitteilung und Verschleierung des Abgewehrten, nach direkterer Auseinandersetzung mit dem Trauma einerseits und kompromisshaftem Ausweichen vor dieser Konfrontation andererseits, sind in verschiedenen Patient_innen-Erzählungen unterschiedlich stark ausgeprägt.

Die jeweilige Ausprägung hängt wohl von diversen Faktoren ab, darunter von der Kohärenzbildenden Reflexion, die in einfachen Erzählungen weniger zur Entfaltung gelangt als in komplexen. Hier mag das prätraumatische intellektuelle Niveau der Patient_innen eine Rolle spielen ([30], S. 48 f., 44–54):

»In der Rehabilitation haben Personen mit überdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten, auch wenn sie eine schwere Hirnschädigung erlitten haben, oft einen Wissensvorsprung und zeigen relativ gute abstrakt-logische Fähigkeiten.« ([30], S. 48)

Aber auch die medial mündliche oder schriftliche, also vom »phonischen« oder »graphischen Kode« ([22], S. 17) bestimmte Entstehungssituation der Patient_innen-Erzählungen entscheidet oft mit darüber, wie elaboriert und damit kohärent diese sind. Wer gesprächsweise erzählt, folgt häufig auch der »Konzeption« der Mündlichkeit ([22], S. 17), die »freie«, somit bisweilen inkohärente »Themenentwicklung« erlaubt, und wählt eine »Sprache der Nähe«, während für schriftliches Erzählen eher eine auf Kohärenz ausgerichtete »Sprache der Distanz« angemessen erscheint:

»Die Kombination ‚Dialog‘, ‚freier Sprecherwechsel‘, ‚Vertrautheit der Partner‘, ‚face-to-face-Interaktion‘, ‚freie Themenentwicklung‘, ‚keine Öffentlichkeit‘, ‚Spontaneität‘, ‚starkes Beteiligtsein‘, ‚Situationsverschränkung‘, [sic!] etc. charakterisiert den Pol ‚gesprochen‘. Die ihm

entsprechende Kommunikationsform lässt sich am besten auf den Begriff Sprache der Nähe bringen. Analog charakterisiert die Kombination von ‚Monolog‘, ‚kein Sprecherwechsel‘, ‚Fremdheit der Partner‘, ‚räumliche und zeitliche Trennung‘, ‚festes Thema‘, ‚völlige Öffentlichkeit‘, ‚Reflektiertheit‘, ‚geringes Beteiligtsein‘, ‚Situationsentbindung‘ [sic!] etc. den Pol ‚geschrieben‘. Die ihm entsprechende Kommunikationsform definieren wir als Sprache der Distanz.« ([22], S. 21)
[Hervorhebung im Original; TJ]

Eine Patient_innen-Erzählung im Rahmen eines Therapiegesprächs also wird – immer auch in Abhängigkeit von den sprachlichen und intellektuellen Fähigkeiten oder Ambitionen des erzählenden Individuums – möglicherweise weniger differenziert, vielschichtig, reflexiv und präzise ausfallen als ein Tagebucheintrag oder erst recht als eine zur Veröffentlichung bestimmte literarische Auseinandersetzung einer hirnerkrankten Person mit ihrer Traumatisierung. Das mündliche oder schriftliche »Medium« ([22], S. 17) ist gleichwohl nicht grundsätzlich an eine bestimmte »Konzeption« gebunden, sodass manches Tagebuch deutlichere Züge einer konzeptionell mündlichen »Sprache der Nähe« tragen mag als eine gekonnt aus dem Stegreif komponierte gesprochene Erzählung. Auch kann ein literarischer Text ungeplante Spontansprache simulieren und – freilich ästhetisch kalkulierte – Inkohärenzen aufweisen.

Aus den vielfältigen persönlichen und situativ-medialen Voraussetzungen, unter denen (auch fiktionale) Narrationen Hirngeschädigter zustande kommen, resultieren unterschiedlich reichhaltige, problembewusste und feinsinnige (auto)biografische Konstruktionen. Da sich aber die narrativ bearbeiteten Grundkonflikte um Kontinuität und Diskontinuität, Leistungseinschränkungen und soziale Einbindung der betroffenen Persönlichkeiten ähneln, ist in komplexen Patient_innen-Erzählungen oft nuancenreich expliziert oder kunstvoll inszeniert, was sich in den einfacheren Texten ebenfalls angedeutet, aber kaum ausgeführt und gestaltet findet. Begreift man die komplexen und einfachen Erzählungen als in einem Verhältnis der Intertextualität zueinander stehend, so hilft die Lektüre der Ersteren bei der Deutung der Letzteren – und damit beim tieferen, einlässlicheren Verstehen der in der klinischen Praxis vorkommenden diskontinuierlichen autobiografischen Konstrukte hirngeschädigter Rehabilitand_innen ([28], S. 8–16, 37–51, 73–85; [26], S. 99–103). Zu ästhetisch ausgefeilteren Selbstzeugnissen Hirntraumatisierter schreibt in diesem Sinne auch Nicole Nerb:

»Einerseits sind die einzelnen Geschichten jeweils als Autobiographie ausgesprochen individuell und unterstreichen gerade mittels individueller Erfahrungen das Erfordernis, die Innenperspektive und damit das subjektive Erleben der hirnerkrankten

Person zu berücksichtigen. Andererseits erhalten sie Allgemeingültigkeit durch Themen, die für diese Art der Beeinträchtigung typisch sind. [...] Obwohl es sich also bei den Autoren der Selbstberichte in literarischer Form um privilegierte Einzelfälle handelt, sind sie ein wichtiges Sprachrohr von hirnerkrankten Personen und ihren Angehörigen. Die Selbstberichte vermitteln eindrucksvoll die dramatische Bedeutung des plötzlichen Einbruchs eines solchen Traumas und geben Einblick in die schwierige Situation nach einer Hirnerkrankung. Sie machen damit das traumatische Ereignis, das ansonsten das Vorstellungsvermögen Außenstehender übersteigt, annähernd vorstellbar. Ein verbessertes Verständnis der subjektiven Perspektive hirnerkrankter Personen ist grundlegend für den Behandlungserfolg.« ([28], S. 11 f.)

Zentrales Anliegen eines solchen intertextuellen, strukturanalytischen und narratologischen Vorgehens vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Traumaforschung ist es letztlich, im Dialog mit den erzählenden Patient_innen die Diskontinuität der narrativen Selbstkonstruktion überwinden zu helfen, in der sich eine »traumabedingte Selbststörung«, genauer: eine »durch die traumatische Erfahrung bedingte Störung der inneren Kontinuität der Persönlichkeit« ([8], S. 394) zumindest ansatzweise ausdrücken kann:

»Das prätraumatische Selbst ist vom traumatisierten Selbst strikt getrennt. Therapeutische Bemühungen zielen darauf ab, die Kontinuität des Selbsterlebens wieder herzustellen.« ([8], S. 394)

Dass dieses Bemühen der Heilung dient, hat Aaron Antonovsky mit seinen einschlägigen Forschungsergebnissen nahegelegt, im deutschen Sprachraum herausgegeben von Alexa Franke unter dem sprechenden Titel »Salutogenese« ([1]; vgl. [9, 4]), der Antonovskys zentraler Terminologie entnommen ist. Aus der Salutogenese-Forschung ist eine Skala zur Messung des »Sense of Coherence« hervorgegangen, bezeichnet als Sense of Coherence Questionnaire oder abgekürzt SOC-Q, welche auch Carmen Schmitz-Feldhaus anlässlich einer »Follow-up Studie [sic!] zur Entwicklung des Sense of Coherence nach erworbener Hirnschädigung« ([35], S. 81) in abgewandelter Form einsetzt. Der Fragebogen misst, als »wie verstehbar, handhabbar und sinnhaft eine Person das eigene Leben« ([35], S. 82) ansieht. Die Studie ergibt, dass die klinische Praxis der Rehabilitation das für die Rekonvaleszenz wichtige biografische Kohärenzempfinden Hirnerkrankter nicht hinreichend fördert:

»Als Ergebnis dieser kleinen Studie kann zusammenfassend dargelegt werden, dass der Sense [sic!] of Coherence (SOC), das gesunderhalten-

de und gesundheitsfördernde Zusammenhangesgefühl nach Antonovsky, bei allen Patienten trotz intensiver und umfassender rehabilitativer Bemühungen nicht erreicht wurde. [...] Ursachen hierfür sind nicht so sehr in einer ‚effectiveness gap‘ zu finden, sondern mehr in einer nicht nahe genug an den einzelnen Rehabilitanden orientierten, nicht genug partizipativen und darum tendenziell desintegrativen Wahrnehmungs- und Handlungsweise der Professionellen.« ([35], S. 91)

Das medizinische Personal könnte unter anderem dadurch mehr Nähe zu den Patient_innen herstellen, dass es ihren Erzählungen mit größerer Sensibilität für Diskontinuitäten, tiefenstrukturelle Muster und tiefen- wie oberflächenstrukturelle ‚Unzuverlässigkeiten‘ zuhört, um im Gespräch auf solche versteckten Hinweise der Traumatisierten eingehen zu können. Dies wäre möglicherweise ein nicht unwichtiger Beitrag zur Stärkung des Sense of Coherence.

Patienten, Material und theoriegeleitete Anwendung der Methoden

Ausschnitte aus den gegensätzlichen Erzählungen zweier – auch biografisch gegensätzlicher – Patienten stehen im Mittelpunkt der theoriegeleiteten und methodisch kontrollierten Textanalyse. Die narrative Selbstkonstruktion eines durch einen fremdverschuldeten Kranunfall im Jahre 1997 am Gehirn verletzten und seitdem berufsunfähigen Handwerkers aus dem Baugewerbe, im Folgenden Herr C. genannt ([28], S. 67, 82, 83 f.), soll in einen intertextuellen Zusammenhang mit einem Tagebucheintrag des Politikers und Geisteswissenschaftlers Rudi Dutschke gerückt werden, der als Opfer eines Attentats am 11.4.1968 zwei Kopfschüsse erlitten hat. Herr C. ist zum Zeitpunkt seiner – konzeptionell eher mündlichen – Erzählung im Juli 2002 45 Jahre alt, Rudi Dutschke hat seine – konzeptionell eher schriftlichen – Tagebuchzeilen am 3. Juli 1969 im Alter von 29 Jahren verfasst.

Für einen ersten Eindruck seien zunächst beide narrativen Passagen nacheinander wiedergegeben, im einen Falle als Transkript der nicht nur konzeptionell, sondern auch medial mündlichen Äußerungen von Herrn C., im anderen Falle als Abdruck aus den postum durch die Witwe Gretchen Dutschke herausgegebenen Tagebüchern Rudi Dutschkes. Zuerst soll Herrn C.s Erzählung präsentiert werden. Dieser direkt vorangestellt ist zur besseren Lesbarkeit eine hier relevant erscheinende Auswahl aus den von Nerb (z.T. leicht abweichend) angewandten Transkriptionsregeln des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (GAT) ([28], S. 69):

Sequentielle Struktur/Verlaufsstruktur

[] Überlappungen und Simultansprechen

[]

Pausen

(-), (--), (---) kurze, mittlere, längere Pause von ca. 0,25–0,75 Sek.; bis ca. 1 Sek. Dauer

(2.0) Pause von mehr als 1 Sek. Dauer

Akzentuierung

akZENT Primär- bzw. Hauptakzent

akzEnt Sekundär- bzw. Nebenakzent

Intonation

, leicht steigende Intonation

- kontinuierliche Intonation

. fallende Intonation

; leicht fallende Intonation

Sonstige Konventionen

((...)) Auslassungen im Transkript

[] Informationen der Interviewerin

([28], S. 262 f.)

»Das Zeichen # steht für Hörersignal (mhm oder aha).

Alle Namens- und Ortsangaben sind anonymisiert.«

([28], S. 73)

Die anschließenden Erzähl-Absätze sind zwar chronologisch geordnet, folgen aber in Herrn C.s Bericht ursprünglich nicht unmittelbar aufeinander:

»hab SECHSEzwanzig JOHR gschafft in der firma m.- [...] und dät HEUT noch schaffe wenn ich gSUND wär # (1.0) hab IMMER a gutes verHÄLTnis mit dem chef ghätt; # mit de GANze firma an für sich-

gewisse erFAHrung un so weiterscht muss ma halt SAMMle; # des hab ich gSAMMelt un da war ich GUT drin;# hab auch MANch gute vorschläg gebrocht dem polier; wie ma DES un DES mache kann un so weiterscht; # des isch ALLES Agnumme worre an für sich. # (3.0) wo ichs zwANzigjährige ghatt hab bin ich Eigelade worre- hab ich en ORT sage kenne wo ma hie gehe kenne ESSE- # de CHEF un sei SOHN # un mei FRAU un ICH;

der will LANG nix mehr wisse vun EINem; do isch ma SO lang GUT wie ma KUMMT un jeden tag schAFFT sozusage- # ich hab manchi ÜBERstund gleichtet- un uff de URLaub verzichtet; hab jo die ganz ZEIT urlaub ghätt wo ich DO gebaut hab; # hab jo durch des dann immer geld krieg; # aber der urlaub hätt d' familie au ABBüße müsse sozusage. ## wir sin jo NIE in Urlaub

(())

dofür hole man jetzt noch.

FRÜHer war ich VIEL mehr in beWEGung sozusagen # heut sitz ich jo nur noch rum. # es sind nur noch KLEINigkeite was ich MACHen kann sozusagen. # SPÜLmaschin ein AUSräume EINräume un so- # wo SOWieso keiner mache will, # des mach ICH halt.« ([28], S. 83 f.)

Gleich im Anschluss nun der Tagebuchauszug Rudi Dutschkes:

»3. Juli 1969

London

Ein ‚beschissener‘ Tag geht vorbei, die Arbeitsfähigkeit und Entschlossenheit lagen niedrig. Immer wieder zeigt sich, daß eine kontinuierliche Entwicklung noch nicht zu finden ist, die Tage gehen ohne erfaßte und treibende Elemente vorbei, ohne diese wird die Permanenz der Rückschläge erhalten bleiben. Vor 2 Tagen, kurz nach dem Ankommen der Antwort von Bahman [Nirumand], hatte ich sofort mit einem Antwort-Brief begonnen, ging gut voran; plötzlich erschien die »Roprekorr« [Rote Pressekorrespondenz; TJ], tauchte Bernds [Rabehls] Artikel über die ‚Weltkonferenz‘ der Revisionisten auf, schon wurde ich nervös, habe ihn bis heute noch nicht wirklich durchgelesen. Mein Freund und Kampfgefährte, der schon seit 64/65 mit mir zusammen ist, immer die falsche ‚2. Stelle‘ in der Gruppe und ‚Öffentlichkeit‘ einnahm bzw. einnehmen mußte, ist inzwischen ‚nach vorne gerückt‘, was noch viel wichtiger ist, hat in den letzten 2 Jahren sich durch sorgfältiges Studium der ‚Werke‘ und der bestehenden Verhältnisse neu weiterentwickelt und politisch-theoretisch neu bestimmt. So jedenfalls ‚hört man‘ es, persönlich bin ich, psychologisch wohl verständlich, zur Zeit ‚neidisch‘ und ‚besorgt‘, was sich im Grunde nur auf mich bezieht. Bin einfach in *allen* Bereichen schwach, ‚kämpfe‘ an vielen Stellen falsch, so entstehen leicht Verdrängungen und Rationalisierungen – jetzt erst recht. Zumeist konnte ich x-fach – vor dem Attentat – durch Arbeit und Entwicklung schon vorhandene Gefahren sublimieren und instrumentalisieren; das ist jetzt nicht mehr der Fall, der ‚Griff‘, der Besuch des Psychoanalytikers wird immer unerläßlicher ...«

([7], S. 87f.) [Hervorhebungen im Original; TJ]

Beide Erzähldokumente sind von den Paradigmata der Vergangenheit und der Gegenwart beherrscht, doch werden die kausalen Beziehungen zwischen den Zeitebenen bei Rudi Dutschke stärker herausgearbeitet als bei Herrn C. Dass die alle Hirngeschädigten bedrängenden Selbstzweifel aufgrund bleibender Einschränkungen der Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit nicht ausschließlich durch die Traumatisierung virulent geworden sein müssen, sondern auch aus der vortraumatischen Vergangenheit heraus Nahrung erhalten können, erschließt sich Dutschke in seiner selbstreflexiven Haltung durchaus. Seinem in der Gegenwart bedrohlich erstarkten Rivalen nämlich spricht er ein schon immer nach Ausdruck verlangendes Potenzial zu: »Mein Freund und Kampfgel-

fährte, der schon seit 64/65 mit mir zusammen ist, immer die falsche ‚zweite Stelle‘ in der Gruppe und ‚Öffentlichkeit‘ einnahm bzw. einnehmen mußte, ist inzwischen ‚nach vorne gerückt‘«. Die Paradigmata der Vergangenheit und Gegenwart werden von Rudi Dutschke mithin nicht in starrer Diskontinuität und Opposition einander gegenübergestellt. Vielmehr reflektiert Dutschke schon vor der Hirnschädigung bestehende Konflikte in ihrer Kontinuität bis in die Gegenwart hinein. Diskontinuität konstatiert er dabei vordringlich zwischen seiner früher erfolgreicher und inzwischen weniger effektiven *Konfliktbearbeitung*. Aus dieser Schwächung seiner Selbststabilisierungsmechanismen leitet er die Einsicht in einen schon aus der Vergangenheit herrührenden und in der Gegenwart nur verstärkten Psychoanalyse-Bedarf ab: »Zumeist konnte ich x-fach – vor dem Attentat – durch Arbeit und Entwicklung schon vorhandene Gefahren sublimieren und instrumentalisieren; das ist jetzt nicht mehr der Fall, der ‚Griff‘, der Besuch des Psychoanalytikers wird immer unerläßlicher ...« Auch die Leistungseinbußen in seinen angestammten intellektuellen und politischen Aktionsfeldern führt der Tagebuchschreiber nicht einfach auf seine Kopfverletzung zurück, sondern weiß er kohärent in einen Begründungszusammenhang mit seinen akuten Konkurrenzängsten einzuordnen:

»Vor 2 Tagen, kurz nach dem Ankommen der Antwort von Bahman [Nirumand], hatte ich sofort mit einem Antwort-Brief begonnen, ging gut voran; plötzlich erschien die »Roprekorr« [Rote Pressekorrespondenz; TJ], tauchte Bernds [Rabehls] Artikel über die ‚Weltkonferenz‘ der Revisionisten auf, schon wurde ich nervös, habe ihn bis heute noch nicht wirklich durchgelesen.«

Er vermag seine Arbeitsstörung psychologisch zu erklären und seine in diesem Kontext ausschlaggebenden Empfindungen unverstellt zu benennen: »persönlich bin ich, psychologisch wohl verständlich, zur Zeit ‚neidisch‘ und ‚besorgt‘, was sich im Grunde nur auf mich bezieht«. Solch unverhohlene Selbstanalyse bietet innerhalb des Narrativs so ohne Weiteres keine Anhaltspunkte für Verdrängtes, für ein aus dem Unbewussten sich geltend machendes Traumaschema, ein die traumatische Erfahrung übergeneralisierendes Desillusionierungsschema oder ein hierzu oppositionelles traumakompensatorisches Schema. Entsprechend sind keine Indizien für das aus der Kompromissbildung zwischen Trauma-Mitteilung und Trauma-Abwehr heraus sich einstellende unzuverlässige Erzählen erkennbar. Verdrängung und auch Rationalisierung müssen in dieser Patientenerzählung nicht aus textuellen Symptomen im narrativen »Darstellungs- oder Handlungsfeld« (s.o. [8], S. 105) erschlossen werden, sondern finden sich in der Selbstreflexion Dutschkes ausdrücklich diagnostiziert als in seiner extratextuellen Lebenswirklichkeit aktuelle Ver-

stärkung einer »jetzt erst recht« durchschlagenden altbekannten Tendenz. Dabei zeigt sich punktuell in der Klage über eigene Schwäche in vermeintlich »*allen* Bereichen« eine doch ein wenig unzuverlässig anmutende Übergeneralisierung: »Bin einfach in *allen* Bereichen schwach, ‚kämpfe‘ an vielen Stellen falsch, so entstehen leicht Verdrängungen und Rationalisierungen – jetzt erst recht.« Schließlich ist sich Dutschke sogar der Notwendigkeit wie Schwierigkeit bewusst, nach der Hirnschädigung Kontinuität zu erringen: »Immer wieder zeigt sich, daß eine kontinuierliche Entwicklung noch nicht zu finden ist«.

Angesichts dieses insgesamt sehr ausgeprägten und in konzeptioneller Schriftlichkeit klar artikulierten Problembewusstseins verspricht eine intertextuelle Betrachtung Anhaltspunkte dafür, wie Herrn C.s diskontinuierliche biografische Selbstkonstruktion durch auf ihn übertragbare Aspekte lebengeschichtlicher Kontinuität und Konfliktauslösung an Kohärenz gewinnen könnte. Der Sense of Coherence nach Antonovsky ließe sich so im Zuge der dialogischen Therapie durch zunehmende Verstehbarkeit, Sinnhaftigkeit und Handhabbarkeit individueller Lebenszusammenhänge erhöhen. Vor diesem Hintergrund erscheinen Ansätze psychoanalytischer Traumatherapie im klinischen Rahmen der Rehabilitation Hirngeschädigter hilfreich und wünschenswert – wie ja auch Rudi Dutschke als Hirnverletzter eine psychoanalytische Behandlung für sich in Erwägung zieht.

Hier beweist seine narrative Selbstkonstruktion, dass ihm trotz seines Psychotherapiebedarfs eine für ein kohärentes Selbstkonzept wichtige Meta-Ebene zugänglich bleibt, auf der er seine Wahrnehmungen und Handlungen bewusst registriert:

»Diese höheren selbstreflexiven Stufen der Wahrnehmung strukturieren unser entwickeltes Selbstkonzept. Ist dieses über verschiedene Stufen und Metastufen hinweg in sich konsistent, so bemerke ich meine Wahrnehmung, mein Merken und Wirken und kann dieses mit meinem übergreifenden Selbstkonzept und jeweiligen Situations- und Selbstverständnis in Zusammenhang bringen.« ([8], S. 115)

Die trauma-induzierten Wahrnehmungs- und Verhaltens-Schemata entfalten daher in Dutschkes narrativem »Darstellungs- oder Handlungsfeld« (s.o. [8], S. 105) kein vom Bewusstsein abgekoppeltes Eigenleben, wie es indessen bezüglich Herrn C.s Erzählung schon eher zu vermuten ist: »Traumaschema und kompensatorisches Schema können von den ‚höheren‘ Stufen der Selbstwahrnehmung abgeschnitten sein, sie können jedoch trotzdem auf einer ‚niederen‘ sozialkognitiven Organisationsstufe aktiv bleiben.« ([8], S. 115, vgl. S. 116) Es scheint denkbar, dass Herr C. in seiner Konfrontation von prätraumatischer Vergangenheit und posttrauma-

tischer Gegenwart Anzeichen einer solchen Abspaltung und Verdrängung – und entsprechenden dialogischen Unterstützungsbedarf – erkennen lässt (ohne ansonsten psychisch auffällig zu sein). Während Rudi Dutschke die Paradigmata der Vergangenheit und der Gegenwart psycho- und kausal-logisch miteinander verknüpft und sie so von einer Meta-Ebene aus als in biografischer Kontinuität stehend deutet, konstruiert Herr C. die gleichen Paradigmata in unüberbrückbarer semantischer Opposition zueinander. Die folgenden drei Tabellen mögen dies jeweils unter einem eigenen Aspekt verdeutlichen – dem des Bruchs biografischer Kontinuitäten (Tab. 1), dem des Leistungsrückgangs (Tab. 2) und dem des Verlusts an gesellschaftlicher Zugehörigkeit (Tab. 3).

± Biografische Kontinuität	
Vergangenheit	Gegenwart
+ Biografische Kontinuität <ul style="list-style-type: none"> • FRÜHer war ich • SECHSEZwanzig JOHR • IMMer ghätt • s zwANzigjährige ghatt • die ganz ZEIT ghätt • sin jo NIE 	– Biografische Kontinuität <ul style="list-style-type: none"> • LANG nix mehr

Tab. 1: Narrative Konstruktion durch Herrn C.: Verlust gesellschaftlicher Zugehörigkeit

± Gesellschaftliche Zugehörigkeit	
Vergangenheit	Gegenwart
+ Gesellschaftliche Zugehörigkeit <ul style="list-style-type: none"> • a gutes verHÄLTnis mit dem chef • mit de GANze firma • bin ich Eigelade worre- • ESSE- # de CHEF un sei SOHN # un mei FRAU un ICH 	– Gesellschaftliche Zugehörigkeit <ul style="list-style-type: none"> • der will LANG nix mehr wisse vun EINem

Tab. 2: Narrative Konstruktion durch Herrn C.: Bruch biografischer Kontinuitäten

± Leistung	
Vergangenheit	Gegenwart
+ Leistung positiv <ul style="list-style-type: none"> • VIEL mehr in beWEgung • gschaftt in der firma • erFAHrung • da war ich GUT drin • MANch gute vorschläg gebrocht dem polier • ALLES Agnumme worre • hab jo durch des dann immer geld krieg 	– Leistung negativ <ul style="list-style-type: none"> • sitz ich jo nur noch rum • dät HEUT noch schaffe wenn ich gSUND wär • nur noch KLEINigkeite was ich MACHen kann • SPÜLmaschin ein AUSräume EINräume • wo SOWieso keiner mache will, # des mach ICH halt
+ Leistung negativ <ul style="list-style-type: none"> • do isch ma SO lang GUT wie ma kUMMT un jeden tag schAFFT • mANchi ÜBERstund gleischtet • uff de URLaub verzichtet • der urlaub hätt d‘ familie au ABbüße müsse • wir sin jo NIE in Urlaub 	– Leistung positiv <ul style="list-style-type: none"> • dofür hole man jetzt noch

Tab. 3: Narrative Konstruktion durch Herrn C.: Rückgang der Arbeitsleistung

Alle drei Tabellen bestätigen Nerbs Einschätzung, dass das Erzählen dieses Patienten eine beispielhafte »Konstruktionsweise von Diskontinuität« ([28], S. 74, vgl. S. 82–85) darstelle, auch wenn die Bewertung der früheren Arbeitsleistung als positiv und ihres gegenwärtigen Rückgangs als negativ ins diametrale Gegenteil umschlagen kann (vgl. Tab. 3). Indem Herr C. solche Wertungen und Wertungsumschwünge nicht elaboriert, gestaltet er sein Narrativ verglichen mit dem Dutschkes einfach und faktenorientiert, insofern aber auch ergänzungs- und interpretationsbedürftig, wie bereits Nerb anmerkt:

»Dass der Erzähler im Zusammenhang mit seinem uneingeschränkten beruflichen Engagement von ‚Verzicht‘ und ‚abbüßen‘ spricht, impliziert eine Bewertung, die der Erzähler jedoch nicht genauer ausführt. Vielmehr lässt er die ZuhörerIn an dieser Stelle eigene Schlüsse ziehen. Es entsteht der Eindruck, dass der Erzähler von seinem gegenwärtigen Standpunkt aus eine Neubewertung seiner früheren Arbeitshaltung vornimmt. Mit dieser veränderten Deutung seines früheren Lebens nimmt der Erzähler eine diskontinuierliche Perspektive auf sein Leben ein. Indem Herr Carl erwähnt, dass die Familie den Urlaub in der Gegenwart nachholt, weist er auf eine Veränderung seiner Lebensgestaltung hin. Die Art und Weise seiner Darstellung legt nahe, dass dieser Veränderung die Bedeutung einer Wiedergutmachung zukommt. Mit dem Nachholen von Urlauben thematisiert Herr Carl einen positiven Aspekt seiner Gegenwart.« ([28], S. 84) [Name des Patienten durch Nerb geändert ([28], S. 69); Hervorhebungen im Original; TJ]

Auch Emotionen, Reflexionen sowie Rückschlüsse auf Grundkonflikte und Unterstützungsbedarf wären in einer Gesprächssituation mit Herrn C. vor der intertextuellen Folie komplexerer Erzählungen wie der Rudi Dutschkes vorsichtig zu erfragen und zu eruieren. Bei allen interindividuellen Unterschieden finden sich doch übertragbare Problemkonstellationen, wie etwa die Desintegration Dutschkes aus seinem früheren Betätigungsfeld, die Entfremdung von seinem ehemaligen Freund, der seiner als eines Weggefährten nicht mehr bedarf, persönliche Funktionseinschränkungen und -veränderungen, der Abbruch mehrjähriger, »seit 64/65« bestehender Kontinuitäten. Derartige, nach einem Hirntrauma typischerweise an Gewicht gewinnende Erfahrungen verarbeitet Dutschke mit Gefühlen des Neides, der Sorge und der Nervosität sowie unter Bewusstwerdung von Prozessen der Verdrängung und Rationalisierung. Solche psychisch-emotionalen und reflexiven Vorgänge mögen unausgesprochen so oder ähnlich auch Herrn C. beschäftigen, der durch hierfür sensible, eventu-

ell psychotraumatologisch fundierte Gesprächsangebote womöglich seine biografische Selbstkonstruktion anreichern und ihr mehr – im Sinne Antonovskys heilsame – Kohärenz verleihen könnte.

Ohne einen in dieser Weise förderlichen Dialog hindert Herr C. anscheinend eine traumatogene Schematisierung seiner Erfahrung an einer offeneren und differenzierteren Auseinandersetzung mit dem eigenen Konfliktgeschehen und der eigenen Konfliktgeschichte. Nachvollziehbar wird diese Vermutung vielleicht angesichts der obigen drei strukturanalytischen Tabellen: Ob es um den Bruch biografischer Kontinuitäten (Tab. 1), den Verlust gesellschaftlicher Zugehörigkeit (Tab. 2) oder den Rückgang der Arbeitsleistung (Tab. 3) geht, stets finden sich (vorherrschende) Konstrukte einer verlässlich kontinuierlichen (vgl. Tab. 1), einer von bestmöglicher gesellschaftlicher Integration (vgl. Tab. 2) oder einer von dynamischer, anerkannter und einträglicher Leistungsfähigkeit bestimmten (vgl. Tab. 3) Vergangenheit. Diese Vergangenheits-Paradigmata weisen Züge traumakompensatorischer Schemata auf, insofern sie einen heilenden und ex post präventiven ([8], S. 395), freilich zeitlich rückprojizierten und erzählerisch unzuverlässigen Gegenentwurf zur traumatischen Gebrochenheit, Isolation und Entmächtigung darstellen. Dass aller Wahrscheinlichkeit nach auch schon die Vergangenheit gelegentlich Erfahrungen einer aufgezwungenen biografischen Zäsur, gesellschaftlicher Unzugehörigkeit und der Leistungsschwäche bereithielt, wird abgewehrt. Die traumakompensatorischen Schemata scheinen auf die realitätsunangemessene implizite Frage: Wie hätte ich sein müssen, um das Trauma zu verhindern? eine irrational-idealisierende, dem Weltwissen widersprechende Antwort zu geben. Deren Unzuverlässigkeit lässt nicht nur der Eindruck an sich erahnen, ein wirklichkeitsnaher Selbstentwurf sei retrospektiv durch eine allzu konfliktfreie Wunsch-Identität ersetzt worden. Zusätzlich deuten sprachliche Mittel der Übergeneralisierung und Übertreibung sowie umgekehrt der Relativierung und Vernebelung rückblickender Selbstüberhöhung, sämtlich in den hier anschließend zusammengestellten Zitaten durch Unterstreichungen kenntlich gemacht, auf narrative Kompromissbildung zwischen der Offenbarung traumabedingt potenziert Schwächen und deren traumakompensatorischer Abwehr hin:

»hab IMMER a gutes verHÄLTnis mit dem chef ghätt; # mit de GANze firma an für sich-

gewisse erFAHRung un so weiterscht muss ma halt SAMMle; # des hab ich gSAMMelt un da war ich GUT drin;# hab auch MANch gute vorschläg gebrocht dem polier; wie ma DES un DES mache kann un so weiterscht; # des isch ALLES Agnumme worre an für sich.

FRÜHer war ich VIEL mehr in beWEGung sozu-
sagen«

[Hervorhebungen durch Unterstreichung TJ]

Übergeneralisierung ist aber ein Merkmal nicht nur dieses traumakompensatorischen Schemas, sondern darüber hinaus auch eines jeden Desillusionierungsschemas, insofern es als bewusstsensfähige Repräsentation des unbewussten Traumaschemas dessen negative Erlebnisqualität in der gesamten posttraumatischen Lebenswelt pauschal immer wieder begründet sieht ([8], S. 116). In Herrn C.s Erzählung scheint das gegenüber dem Paradigma der Vergangenheit insgesamt quantitativ deutlich schwächer vertretene Paradigma der Gegenwart fast durchgehend von einem derartigen Desillusionierungsschema bestimmt zu sein (vgl. Tab. 1–3), was sich auch hier wieder durch im folgenden Zitat entsprechend markierte verbale Generalisierungs-Elemente, kaum indes durch floskelhaft relativierende Vagheit, noch unterstrichen findet:

»heut sitz ich jo nur noch rum. # es sind nur noch
KLEINigkeite was ich MACHen kann sozusagen. #
SPÜLmaschin ein AUSRäume EINräume un so- #
wo SOWieso keiner mache will, # des mach ICH
halt.«

[Hervorhebungen durch Unterstreichung TJ]

Eine Besonderheit ist jedoch, dass dieses auf die Gegenwart des Patienten angewandte Desillusionierungsschema punktuell durch den Hinweis auf endlich nachgeholten Urlaubsgenuss durchbrochen und dass parallel hierzu im Paradigma der Vergangenheit das positive traumakompensatorische Schema durch eine Desillusionierung getrübt wird (vgl. Tab. 3). Erstmals erscheint so die frühere Leistungsbereitschaft in einem ernüchternden Licht des Urlaubsverzichts und der Instrumentalisierung durch den Chef (vgl. Tab. 3). Die zuvor für die Vergangenheit traumakompensatorisch betonte gesellschaftliche Integration innerhalb der Firma und insbesondere im Verhältnis zum Chef (vgl. Tab. 2) wird nun schon bezüglich dieser Vergangenheit und nicht erst hinsichtlich der posttraumatischen Gegenwart in Frage gestellt. Unangetastet bleibt allerdings das traumakompensatorische Selbstbild als ehemals unbegrenzt leistungsfähige Arbeitskraft (vgl. Tab. 3). Und auch unter den hier einmal ausnahmsweise umgekehrten Vorzeichen einer negativ gezeichneten Vergangenheit und einer positiv gezeichneten Gegenwart stehen beide Zeitebenen nach wie vor im Verhältnis der Diskontinuität zueinander (vgl. auch oben [28], S. 84). Dazu trägt in beiden Paradigmata die Übergeneralisierung bei, indem sie mit der semantischen Opposition zugleich deren Unzuverlässigkeit verstärkt, welche noch durch Vagheits- und Relativierungs-Phrasen eine weitere Steigerung erfährt.

Unzuverlässigkeitsstellen dienen in der dialogischen Begegnung mit einem Patienten wie Herrn C. vor dem Hintergrund der Narrative von Ausnahme-Patient_innen wie Rudi Dutschke eventuell als Zugänge zu unverstellter Traumabearbeitung.

Ergebnisse

Exemplarisch ließ sich anhand einiger Auszüge aus zwei Patientenerzählungen zeigen, dass komplexere und einfache narrative Selbstkonstruktionen nach der biografischen Erfahrung einer Hirnverletzung die gleichen Grundkonflikte um den erlittenen Identitätsbruch, die bleibenden Funktionseinschränkungen und die reduzierte soziale Einbindung thematisieren können. Diese Gemeinsamkeit lässt eine intertextuelle Betrachtung möglich, der Komplexitätsunterschied lässt sie als für die einfachere Erzählung bereichernd erscheinen. Deren Diskontinuitäten zwischen den oppositionellen semantischen Paradigmata der Vergangenheit und der Gegenwart sowie zwischen traumakompensatorischem und Desillusionierungs-Schema können im – möglichst traumatherapeutisch fundierten – Gespräch überbrückt werden. Ansatzpunkte dafür bieten narrative Unzuverlässigkeitsstellen, die sich vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Traumatheorie deuten lassen als Indizien einer Kompromissbildung zwischen Mitteilung und Abwehr des physisch bedingten psychischen Traumas. Zum Weltwissen, vor dessen Folie – neben der des Sprachwissens und des textinternen Kontexts – Unzuverlässigkeiten erkannt und Kohärenzlücken geschlossen werden, kann auch die Kenntnis komplexer Patient_innen-Erzählungen gehören: das Wissen um das bestehende Korpus elaborierter, oft literarischer Darstellungen subjektiven Erlebens nach einer Hirnschädigung [3, 7, 13, 14, 16, 17, 23, 34]. In diesen Texten gelangt zur Artikulation, was wohl die allermeisten Betroffenen – wie Herr C. – nur (unbewusst) zu empfinden, nicht aber (ohne Kompromissbildung) zu erzählen vermögen. Ebensolchen traumatisierten Personen können Gesprächspartner_innen, die sich lesend Einblick in die innere Welt Hirngeschädigter verschafft haben, leichter – im Geiste Antonovskys – zu mehr Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit ihrer erzählten Lebensgeschichten verhelfen.

Diskussion

Die textimmanente und intertextuelle Analyse ist trotz Ausblendung der erzählgenerierenden Interaktion aussagekräftig, insofern sie den Dialogpartner_innen hirnverletzter Erzähler_innen Anknüpfungspunkte für ein die Kontinuität der Selbstkonstruktion förderndes Gesprächsverhalten bietet. Die Praktikabilität des Ansatzes in der flüchtigen Situation kommunikativ eingebetteten Erzählens kann sich in einem Prozess zunehmender

Sensibilisierung für relevante Merkmale der Patient_innen-Erzählungen erhöhen. Dazu trägt die Lektüre komplexer konzeptionell schriftlicher – und zwar faktualer wie fiktionaler – Erzähltexte über das subjektive Erleben nach einer Hirnschädigung bei. Allerdings steht eine empirische Überprüfung der aus interdisziplinärer Perspektive unterbreiteten Vorschläge noch aus. Letztere dürften freilich nur für solche hirnverletzten Patient_innen hilfreich sein, die zur mündlichen Produktion erzählender Texte überhaupt fähig sind.

Literatur

1. Antonovsky A. Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Hrsg., erw. Franke A. Tübingen: Dgvt 1997.
2. Aumüller M. Empirische und kognitivistische Theorien. In: Martínez M (Hrsg.). Handbuch Erzählliteratur. Theorie, Analyse, Geschichte. Stuttgart: Metzler 2011, 125-129.
3. Bauby JD. Schmetterling und Taucherglocke. München: Dtv 1998.
4. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Erw. Neuauf. Köln: BZgA 2001.
5. Booth WC. Die Rhetorik der Erzählkunst 1. Heidelberg: Quelle & Meyer 1974.
6. de Saussure F. Grundfragen der allgemeinen Sprachwissenschaft, 3. Aufl. Berlin: de Gruyter 2001.
7. Dutschke R. Jeder hat sein Leben ganz zu leben. Die Tagebücher 1963–1979. Hrsg. Dutschke G. Köln: Kiepenheuer & Witsch 2003.
8. Fischer G, Riedesser P. Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4., aktual., erw. Aufl. München: Reinhardt 2009.
9. Franke A. Modelle von Gesundheit und Krankheit. 3., überarb. Aufl. Bern: Huber 2012.
10. Freud S. Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW 11. 5. Aufl. London: Imago Publishing 1969.
11. Freud S: Über den Traum. In: GW 2/3. 3. Aufl. Frankfurt/M : Fischer 1961, 643-700.
12. Freud S. Hemmung, Symptom und Angst. In: GW 14, Nachdr. London: Imago Publishing 1955, 111-205.
13. Garland A. Das Koma. Roman. München: Goldmann 2006.
14. Garland A. The Coma. London: Faber & Faber 2004.
15. Genette G. Die Erzählung. München: Fink 1994.
16. Herrndorf W. Arbeit und Struktur. Blog. <http://www.wolfgang-herrndorf.de/> (8.8.2014).
17. Herrndorf W. Sand. Roman. Berlin: Rowohlt 2011.
18. Janik D. Die Kommunikationsstruktur des Erzählwerks. Ein semiologisches Modell. Bebenhausen: Rotsch 1973.
19. Jesch T. Textverstehen. In: Garbe C, Holle K, Jesch T. Texte lesen. Lesekompetenz – Textverstehen – Lesedidaktik – Lesesozialisation. Paderborn: UTB Schöningh 2009, 39-102.
20. Jesch T. Erzählungen hirnverletzter Personen: Eine Analyse aus narratologischer Perspektive. Neurologie & Rehabilitation 2008; 1: 12-16.
21. Jesch T, Stein M, Richter R. Patientenerzählungen wie Literatur verstehen: Vom Nutzen der Narratologie für die psychodiagnostische Hermeneutik. In: Luif V, Thoma G, Boothe B (Hrsg.). Beschreiben – Erschließen – Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft. Lengerich: Pabst Science Publishers 2006, 39-65.
22. Koch P, Oesterreicher W. Sprache der Nähe – Sprache der Distanz. Mündlichkeit und Schriftlichkeit im Spannungsfeld von Sprachtheorie und Sprachgeschichte. Romanistisches Jahrbuch 1985, 15–43.
23. Lenz S. Der Verlust. Roman. Hamburg: Hoffmann und Campe 1981.
24. Lucius-Hoene G, Deppermann A. Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. 2. Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften 2004.
25. Lucius-Hoene G, Deppermann A. Narrative Identität und Positionierung. Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 2004; 5: 166-183, www.gespraechsforschung-ozs.de.
26. Lucius-Hoene G, Nerb N. Hirnschädigung, Identität und Biographie. In: Frommelt P, Lösslein H (Hrsg.). Neurorehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. Berlin: Springer 2010, 93-106.
27. Martínez M, Scheffel M. Einführung in die Erzähltheorie. München: Beck 1999.
28. Nerb N. Hirnverletzung, Identität und Partnerschaft. Eine Analyse autobiographischer Erzählungen von Personen nach Hirnverletzung und ihren engsten Lebenspartnern. Univ. Diss., Freiburg/Br. 2008. Online-Ressource http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/5431/pdf/GesamtDokument3Juli_2.pdf (Langzeitarchivierung).
29. Nünning A. Unreliable narration zur Einführung. Grundzüge einer kognitiv-narratologischen Theorie und Analyse unglaubwürdigen Erzählens. In: Nünning A (Hrsg.). Unreliable narration. Studien zur Theorie und Praxis unglaubwürdigen Erzählens in der englischsprachigen Erzählliteratur. Trier: WVT 1998, 3-39.
30. Prigatano GP. Neuropsychologische Rehabilitation. Berlin: Springer 2004.
31. Quasthoff U. Erzählen in Gesprächen. Tübingen: Narr 1980.
32. Schmid W. Grundbegriffe der Erzählanalyse. In: Martínez M (Hrsg.). Handbuch Erzählliteratur. Theorie, Analyse, Geschichte. Stuttgart: Metzler 2011, 131-138.
33. Schmid W. Elemente der Narratologie. Berlin: de Gruyter 2005.
34. Schmidt K. Du stirbst nicht. Roman. Köln: Kiepenheuer & Witsch 2009.
35. Schmitz-Feldhaus C. Follow-up Studie zur Entwicklung des Sense of Coherence nach erworbener Hirnschädigung. In: Schulze GC, Zieger A (Hrsg.). Erworbene Hirnschädigungen. Neue Anforderungen an eine interdisziplinäre Rehabilitationspädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2012, 81-91.

Interessenvermerk

Es besteht kein Interessenkonflikt.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Tatjana Jesch
 Institut für deutsche Sprache und Literatur
 Pädagogische Hochschule/University of Education Freiburg
 Kunzenweg 21
 79117 Freiburg/Br.
 E-Mail: tatjana.jesch@ph-freiburg.de