

Wiemer, Petra / Bunk, Detlef und Eggers, Christian

## **Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 50 (2001) 1, S. 16-30*

urn:nbn:de:bsz-psydok-42745

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

## INHALT

### Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Branik, E.: Gefahren und mögliche negative Auswirkungen von stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungen – Erkennen und Vorbeugen (Risks and possible unwanted effects of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry – recognition and prevention) . . . . .	372
Buchholz-Graf, W.: Wie kommt Beratung zu den Scheidungsfamilien? Neue Formen der interdisziplinären Zusammenarbeit für das Kindeswohl (How can counseling be brought to families in the process of divorce? New forms of interdisciplinarian cooperation for child's benefit) . . . . .	293
Dierks, H.: Präventionsgruppen für Kinder psychisch kranker Eltern im Schulalter („Aurynggruppen“) (Preventive groups for school-age children of mentally ill parents („Autyn-groups“)) . . . . .	560
Lüders, B.; Deneke, C.: Präventive Arbeit mit Müttern und ihren Babys im tagesklinischen Setting (Preventive work with mothers and their babies in a psychiatric day care unit) . . . . .	552
Pavkovic, G.: Erziehungsberatung mit Migrantenfamilien (Counseling help for immigrant families) . . . . .	252
Pingen-Rainer, G.: Interdisziplinäre Kooperation: Erfahrungen aus dem Modellprojekt „Entwicklung von Beratungskriterien für die Beratung Schwangerer bei zu erwartender Behinderung des Kindes“ (Interdisciplinary cooperation: Results of a multisite project “Development of criteria for the counselling of pregnant women expecting a handicapped child at birth”) . . . . .	765
Seckinger, M.: Kooperation – eine voraussetzungsvolle Strategie in der psychosozialen Praxis (Cooperation – A strategy with a lot of requisites for personal social services) . . . .	279
Seus-Seberich, E.: Erziehungsberatung bei sozial benachteiligten Familien (Educational counseling for social discriminated families) . . . . .	265
Staets, S.; Hipp, M.: KIPKEL – ein interdisziplinäres ambulantes Präventionsprojekt für Kinder mit psychisch kranken Eltern (KIPKEL – An interdisciplinary out-patient project of prevention aiming at children of psychiatrically ill patients) . . . . .	569
Wagenblass, S.; Schone, R.: Zwischen Psychiatrie und Jugendhilfe – Hilfe- und Unterstützungsangebote für Kinder psychisch kranker Eltern im Spannungsfeld der Disziplinen (Between psychiatry and youth welfare – Help and treatment for children of parents with mental illness in the tension of the disciplines) . . . . .	580

### Originalarbeiten / Original Articles

Böhm, B.; Emslander, C.; Grossmann, K.: Unterschiede in der Beurteilung 10- bis 14jähriger Söhne geschiedener und nicht geschiedener Eltern (Differences in ratings of 9- to 14 years old sons of divorced and non-divorced parents) . . . . .	77
Braun-Scharm, H.: Coping bei schizophrenen Jugendlichen (Schizophrenia in adolescence and coping) . . . . .	104
Gasteiger Klicpera, B.; Klicpera, C.; Schabmann, A.: Wahrnehmung der Schwierigkeiten lese- und rechtschreibschwacher Kinder durch die Eltern: Pygmalion im Wohnzimmer?	

(Perception of the problems of paar readers and spellers by the parents – Pygmalion in the living room?) . . . . .	622
Götze, B.; Kiese-Himmel, C.; Hasselhorn, M.: Haptische Wahrnehmungs- und Sprachentwicklungsleistungen bei Kindergarten- und Vorschulkindern (Haptic perception and developmental language achievements in kindergarten and preschool children) . . . .	640
Hain, C.; Többen, B.; Schulz, W.: Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern (Evaluation of integrative group therapy with children) . . . . .	360
Huss, M.; Jenetzky, E.; Lehmkuhl, U.: Tagesklinische Versorgung kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten in Deutschland: Eine bundesweite Erhebung unter Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Aspekten (Day treatment in German child and adolescent psychiatry: A Germany wide analysis with respect to cost-effectiveness) . . . .	32
Klosinski, G.; Bertsch, S. L.: Jugendliche Brandstifter – Psychodynamik, Familiendynamik und Versuch einer Typologie anhand von 40 Gutachtenanalysen (Adolescent arsonists: Psychodynamics and family dynamics – a typology based on 40 expert opinions) . .	92
Kühle, H.-J.; Hoch, C.; Rautzenberg, P.; Jansen, F.: Kurze videounterstützte Verhaltensbeobachtung von Blickkontakt, Gesichtsausdruck und Motorik zur Diagnostik des Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitätssyndroms (ADHS) (Video assisted observation of visual attention, facial expression, and motor skulls for the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD)) . . . . .	607
Meyer, C.; Mattejat, F.; König, U.; Wehmeier, P. M.; Remschmidt, H.: Psychische Erkrankung unter mehrgenerationaler Perspektive: Ergebnisse aus einer Längsschnittstudie mit Kindern und Enkeln von stationär behandelten depressiven Patienten (Psychiatric illness in multigenerational perspective: Results from a longitudinal study with children and grandchildren of formerly depressive inpatients) . . . . .	525
Mildenberger, K.; Noterdaeme, M.; Sitter, S.; Amorosa, H.: Verhaltensstörungen bei Kindern mit spezifischen und tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, erfaßt mit dem psychopathologischen Befundbogen (Behavioural problems in children with specific and pervasive developmental disorders, evaluated with the psychopathological documentation (AMBP)) . . . . .	649
Nieder, T.; Seiffge-Krenke, I.: Psychosoziale Determination depressiver Symptome im Jugendalter: Ein Vergleich der Geschlechter (Psychosocial determanation of depressive symptoms in adolescence: A gender comparison) . . . . .	342
Pauli-Magnus, C.; Dewald, A.; Cierpka, M.: Typische Beratungsinhalte in der Pränataldiagnostik – eine explorative Studie (Typical consultation issues in prenatal diagnostics – An explorative study) . . . . .	771
Seiffge-Krenke, I.: „Liebe Kitty, du hast mich gefragt ...“: Phantasiegefährten und reale Freundschaftsbeziehungen im Jugendalter (“Dear Kitty, you asked me ...”: Imaginary companions and real friends in adolescence) . . . . .	1
Sommer, R.; Zoller, P.; Felder, W.: Elternschaft und psychiatrische Hospitalisation (Parenthood and psychiatric hospitalisation) . . . . .	498
Wagenblass, S.: Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern (Lifetime experiences of children of mentally ill parents) . . . . .	513
Wiemer, P.; Bunk, D.; Eggers, C.: Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen (Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents) . . . . .	17
Zander, B.; Balck, F.; Rotthaus, W.; Strack, M.: Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (The effectiveness of a systemic treatment model in an inpatient department of child psychiatry) . . . . .	325

## Übersichtsarbeiten / Review Articles

Baldus, M.: Von der Diagnose zur Entscheidung – Entscheidungsprozesse von Frauen im Kontext pränataler Diagnostik (From diagnosis to decision – Decision making processes of women in context of prenatal diagnosis) . . . . .	736
Cierpka, M.: Geschwisterbeziehungen aus familientherapeutischer Perspektive – Unterstützung, Bindung, Rivalität und Neid (Sibling relationships from a family therapeutic perspective – Support, attachment, rivalry, and enoy) . . . . .	440
Dahl, M.: Aussonderung und Vernichtung – Der Umgang mit „lebensunwerten“ Kindern während des Dritten Reiches und die Rolle der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Selection and killing – The treatment of children “not worth living” during the period of National Socialism and the role of child and adolescent psychiatry) . . . . .	170
Dewald, A.: Schnittstellenprobleme zwischen medizinischer und psychosozialer Versorgung (Problems concerning the interfaces between the medical and the psychosocial field) . . . . .	753
Geier, H.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: psychosoziale Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A psychosocial view) . . . . .	723
Hartmann, H.-P.: Stationär-psychiatrische Behandlung von Müttern mit ihren Kindern (Psychiatric inpatient treatment of mothers and children) . . . . .	537
Hirsch, M.: Schuld und Schuldgefühl im Zusammenhang mit Trennung und Scheidung (Guilt and feelings of guilt in the context of separation and divorce) . . . . .	46
Karle, M.; Klosinski, G.: Die Bedeutung von Geschwisterbeziehungen bei einer Trennung der Eltern (The relevance of sibling relationships when parents separate) . . . . .	401
Lehmkuhl, G.: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ (From the prevention to the annihilation of “unworthy life”) . . . . .	156
Lehmkuhl, U.: Biologische Kinder- und Jugendpsychiatrie und Sozialpsychiatrie: Kontroversen und Ergänzungen (Biological child and adolescent psychiatry and social psychiatry: controversies and remarks) . . . . .	664
Münchmeier, R.: Aufwachsen unter veränderten Bedingungen – Zum Strukturwandel von Kindheit und Jugend (Growing up in a changing world) . . . . .	119
Nedoschill, J.; Castell, R.: „Kindereuthanasie“ während der nationalsozialistischen Diktatur: Die „Kinderfachabteilung“ Ansbach in Mittelfranken (Child euthanasia during National Socialism 1939-1945: the “Specialized Children’s Department” of Ansbach, Germany) . . . . .	192
Nedoschill, J.; Castell, R.: Der Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik im Zweiten Weltkrieg (The president of the „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ during the Second World War) . . .	228
Rauchfuß, M.: Beratung zu Pränataldiagnostik und eventueller Behinderung: medizinische Sicht (Counselling regarding prenatal diagnostics and possible disablement: A medical view) . . . . .	704
Seiffge-Krenke, I.: Geschwisterbeziehungen zwischen Individuation und Verbundenheit: Versuch einer Konzeptualisierung (Sibling relationship between individuation and connectedness: A conceptualization) . . . . .	421

Sohni, H.: Geschwisterbeziehungen in der Verarbeitung sexueller Traumatisierung: Der Film „Das Fest“ (Sibling relationship in coping with sexual traumatization: The movie „Das Fest“ („The Celebration”))	454
Walter, B.: Die NS-„Kinder-Euthanasie“-Aktion in der Provinz Westfalen (1940-1945) (The National Socialist “child euthanasia” action in the province Westphalia (1940-1945))	211
Woopen, C.: Ethische Fragestellungen in der Pränataldiagnostik (Ethical problems in prenatal diagnosis)	695

## Buchbesprechungen

Altmeyer, M.: Narzißmus und Objekt. Ein intersubjektives Verständnis der Selbstbezogenheit ( <i>W. Schweizer</i> )	386
Armbruster, M. M. (Hg.): Mißhandeltes Kind. Hilfe durch Kooperation ( <i>L. Goldbeck</i> )	480
Bergmann, W.: Die Welt der neuen Kinder. Erziehen im Informationszeitalter ( <i>E. Butzmann</i> )	385
Borchert, J. (Hg.): Handbuch der Sonderpädagogischen Psychologie ( <i>D. Irblich</i> )	596
Dahlmann, D. (Hg.): Kinder und Jugendliche in Krieg und Revolution. Vom Dreißigjährigen Krieg bis zu den Kindersoldaten Afrikas ( <i>M. Hartmann</i> )	790
Diederichs, P.: Urologische Psychosomatik ( <i>J. Wiese</i> )	319
Edelmann, W.: Lernpsychologie ( <i>D. Gröschke</i> )	240
Ehrensaft, D.: Wenn Eltern zu sehr ... Warum Kinder alles bekommen, aber nicht das, was sie wirklich brauchen ( <i>G. Fuchs</i> )	70
Eickhoff, F.-W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 42 ( <i>M. Hirsch</i> )	312
Endres, M.; Hauser, S. (Hg.): Bindungstheorie in der Psychotherapie ( <i>D. Gröschke</i> )	388
Ettrich, K.U. (2000): Entwicklungsdiagnostik im Vorschulalter. Grundlagen – Verfahren – Neuentwicklungen – Screenings ( <i>D. Gröschke</i> )	68
Fendrich, B.: Sprachauffälligkeiten im Vorschulalter. Kinder mit Sprach- und Sprechstörungen und Möglichkeiten ihrer pädagogischen Therapie ( <i>D. Gröschke</i> )	481
Fuhr, R.; Screckovic, M.; Gremmler-Fuhr, M. (Hg.): Handbuch der Gestalttherapie ( <i>D. Irblich</i> )	137
Götze, P.; Richter, M. (Hg.): Aber mein Inneres überlaßt mir selbst. Verstehen von suizidalem Erleben und Verhalten ( <i>W. Schweizer</i> )	141
Gruen, A.: Ein früher Abschied. Objektbeziehungen und psychosomatische Hintergründe beim Plötzlichen Kindstod ( <i>I. Seiffge-Krenke</i> )	238
Guggenbühl, A.: Pubertät – echt ätzend. Gelassen durch die schwierigen Jahre ( <i>H. Liebenow</i> )	69
Heinzel, F. (Hg.): Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive ( <i>D. Gröschke</i> )	315
Julius, H.; Schlosser, R. W.; Goetze, H.: Kontrollierte Einzelfallstudien ( <i>J. Koch</i> )	384
Klauß, T.: Ein besonderes Leben. Was Eltern und Pädagogen von Menschen mit geistiger Behinderung wissen sollten ( <i>D. Irblich</i> )	136
Krapp, A.; Weidenmann, B. (Hg.): Pädagogische Psychologie ( <i>K.-H. Arnold</i> )	788
Kronig, W.; Haeblerlin, U.; Eckhart, M.: Immigrantenkinder und schulische Selektion ( <i>C. Irblich</i> )	789
Mohr, A.: Peer-Viktimisierung in der Schule und ihre Bedeutung für die seelische Gesundheit von Jugendlichen ( <i>W. Schweizer</i> )	142

Osten, P.: Die Anamnese in der Psychotherapie. Klinische Entwicklungspsychologie in der Praxis ( <i>H. Heil</i> )	683
Österreichische Studiengesellschaft für Kinderpsychoanalyse (Hg.): Studien zur Kinderpsychoanalyse, Bd. XV ( <i>P. Dettmering</i> )	136
Palitzsch, D. (Hg.): Jugendmedizin ( <i>O. Bilke</i> )	241
Pervin, L.A.: Persönlichkeitstheorien ( <i>D. Gröschke</i> )	477
Petermann, F. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie ( <i>K. Sarimski</i> )	317
Peters, H.: Psychotherapeutische Zugänge zu Menschen mit geistiger Behinderung ( <i>D. Irblich</i> )	598
Radebold, H.: Abwesende Väter. Folgen der Kriegskindheit in Psychoanalysen ( <i>B. Gusson</i> )	478
Rost, D. H. (Hg.): Hochbegabte und hochleistende Jugendliche ( <i>K.-H. Arnold</i> )	316
Rost, D.H.: Handwörterbuch Pädagogische Psychologie ( <i>K.-H. Arnold</i> )	788
Sauter, S.: Wir sind „Frankfurter Türken“. Adoleszente Ablösungsprozesse in der deutschen Einwanderungsgesellschaft ( <i>G. Nummer</i> )	65
Schneewind, K.A.: Familienpsychologie im Aufwind. Brückenschläge zwischen Forschung und Praxis ( <i>C. von Bülow-Farber</i> )	66
Scholz, A.; Rothenberger, A.: Mein Kind hat Tics und Zwänge. Erkennen, verstehen und helfen beim Tourette-Syndrom ( <i>M. Mickley</i> )	482
Schringer, W.: Zeichnen und Malen als Instrumente der psychologischen Diagnostik. Ein Handbuch ( <i>D. Irblich</i> )	139
Sigman, M.; Capps, L.: Autismus bei Kindern. Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung ( <i>K. Sarimski</i> )	787
Sohns, A.: Frühförderung entwicklungsauffälliger Kinder in Deutschland ( <i>D. Gröschke</i> )	594
Steinhausen, H.-C.: Seelische Störungen im Kindes- und Jugendalter. Erkennen und verstehen ( <i>M. Mickley</i> )	680
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Antisemitismus unter Jugendlichen. Fakten, Erklärungen, Unterrichtsbausteine ( <i>W. Schweizer</i> )	314
Thurmair, M.; Naggl, M.: Praxis der Frühförderung. Einführung in ein interdisziplinäres Arbeitsfeld ( <i>D. Gröschke</i> )	682
Warschburger, P.: Chronisch kranke Kinder und Jugendliche ( <i>K. Sarimski</i> )	595
Weiß, R. H.: Gewalt, Medien und Aggressivität bei Schülern ( <i>H. Mackenberg</i> )	483
Westhoff, K.; Terlinden-Arzt, P.; Klüber, A.: Entscheidungsorientierte psychologische Gutachten für das Familiengericht ( <i>E. Bretz</i> )	681
Will, H.; Grabenstedt, Y.; Völkl, G.; Banck, G.: Depression. Psychodynamik und Therapie ( <i>C. von Bülow-Farber</i> )	599
Wirth, G.: Sprachstörungen, Sprechstörungen, kindliche Hörstörungen. Lehrbuch für Ärzte, Logopäden und Sprachheilpädagogen ( <i>D. Gröschke</i> )	680

#### Neuere Testverfahren

Fritz, A.; Hussy, W.: Das Zoo-Spiel ( <i>K. Waligora</i> )	685
Steinsmeier-Pelster, J.; Schürmann, M.; Eckert, C.; Pelster, A.: Attributionsstil-Fragebogen für Kinder und Jugendliche (ASF-KJ) ( <i>K. Waligora</i> )	144
Sturzbecher, D.; Freytag, R.: Familien- und Kindergarten-Interaktionstest (FIT-KIT) ( <i>K. Waligora</i> )	390

Editorial / Editorial .....	153, 249, 399, 491, 693
Autoren und Autorinnen /Authors .....	59, 135, 238, 311, 383, 469, 593, 676, 786
Diskussion / Discussion .....	678
Zeitschriftenübersicht / Current Articles .....	60, 470
Tagungskalender / Calendar of Events .....	72, 147, 242, 321, 393, 485, 602, 688, 792
Mitteilungen / Announcements .....	75, 151, 246, 396, 605, 795

# Gesprächsmanagement bei gesunden, neurotischen und schizophrenen Jugendlichen

Petra Wiemer, Detlef Bunk und Christian Eggers

## Summary

Characteristics of communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents

Research on communication skills in psychotic patients demonstrates that in dialogues schizophrenics neglect the needs of the listener. There are only few linguistic studies which investigate the speech of schizophrenic children and adolescents. The verbal and non-verbal communication of schizophrenic, neurotic, and healthy adolescents during a problem solving situation was transcribed and compared by a content analysis. The transcripts were screened for dialogue control and communication disturbance of verbal/non-verbal activities of the speaker and listener: Dialogue control was defined by the variables signals of the speaker or signals of hearer and eye or body contact of the test person to the experimenter. Communication disturbance was defined as the amount of incomprehensible articulation and selections. Neurotic test persons produce the highest signals of speaker rate. In dialogues with neurotic and schizophrenic test persons the experimenter uses more signals of hearer than in dialogues with healthy test persons. In dialogues with neurotic test persons the experimenter shows more signals of the speaker than in dialogues with healthy test persons. Schizophrenics neglect more often the statements of the experimenter than in other dialogues and vice versa. Although the experimenter was instructed to restricted verbal behavior the communication intensified in the neurotic group. The communication in the schizophrenic group was characterized by frequent communication disturbance.

## Zusammenfassung

Zahlreiche Autoren gehen davon aus, daß Schizophrene ihre Äußerungen häufig nicht nach den Bedürfnissen des Hörers gestalten. Erstaunlicherweise ist die Zahl empirischer Sprachanalysen bei schizophrenen Patienten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr gering. Die Protokolle verbalen und nonverbalen Kommunikationsverhaltens aus einem Problemlöseexperiment mit schizophrenen, neurotischen und gesunden Jugendlichen (je n= 10) wurden mit einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Mehrere sprachliche Variablen wurden als Indikatoren für das Gesprächsmanagement (GM) und mögliche Kommunikationsstörungen (KS) analysiert: Erstens Sprecher- und Hörersignale (Äußerungen des Sprechers oder Hörers mit dialogsteuernder und -erhaltender Funktion),



Blickkontakt sowie gestischer Kontakt zum Versuchsleiter (VL) als Zeichen für das Gesprächsmanagement (GM), zweitens artikulatorisch unverständliche Äußerungen der Versuchsperson (Vp) und Selektion (Nichtberücksichtigung von Redebeiträgen des Sprechers durch den Hörer) als Anzeichen für Kommunikationsstörungen (KS). Neurotische Versuchspersonen gebrauchen signifikant die meisten Sprechersignale. Der Versuchsleiter verwendet in Dialogen mit neurotischen und schizophrenen Versuchspersonen signifikant mehr Hörersignale als bei gesunden Versuchspersonen. Bei neurotischen Versuchspersonen benutzt er zudem signifikant mehr Sprechersignale als bei gesunden. Schizophrene Versuchspersonen mißachten tendentiell häufiger als gesunde die Redebeiträge des Gesprächspartners. Auch der Versuchsleiter übergeht bei schizophrenen die Redebeiträge häufiger als bei gesunden Versuchspersonen. Obwohl für den Versuchsleiter die kommunikative Rolle sehr restriktiv definiert worden war, nahm die Intensität der Kommunikation in Versuchssituationen mit neurotischen Versuchspersonen zu. Die Kommunikation in der Gruppe der schizophrenen Versuchspersonen war durch häufige Kommunikationsstörungen charakterisiert, da sie häufig die Gesprächsbeiträge des Versuchsleiters mißachteten.

## 1 Einleitung

Das Sprechen ist eine der eindrucksvollsten Fähigkeiten des Menschen. Anderson (1988) und Levelt (1989) betonen, daß der Unterschied zwischen menschlicher Sprache und den natürlichen Kommunikationssystemen anderer Arten beträchtlich ist. Searle (1973) und auch Levelt (1989) vertreten weiterhin die Ansicht, daß Sprechen eine höchst komplexe Form regelgeleiteten Verhaltens darstellt. Dieser Ansicht schließt sich Käsermann (1983, 1986) an, indem sie Sprache analog als Verhalten definiert, das zielgerichtet und funktional zur Lösung von Kommunikationsaufgaben eingesetzt wird. Äußerungen werden demnach gezielt zum Erreichen von bestimmten Absichten eingesetzt. Levelt (1989) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß das Erreichen bestimmter kommunikativer Ziele auch einer ständigen Planung des Gespräches durch den Sprecher bedarf. Ähnlich führen Fry (1973) und Levelt (1989) aus, daß jeder Sprecher sein eigener Zuhörer sei und somit die Sprachproduktion einem ständigen Monitoring unterliege. Angesichts dieser vielfältigen Regulationsprozesse während der Sprachproduktion kann nach Meads (1968) Theorie des Sozialverhaltens Kommunikation nur dann funktionieren, wenn die Interaktionspartner sich ineinander hineinversetzen können. Er definiert somit Kommunikation als ein Problem von wechselseitiger Rollenübernahme in der sozialen Interaktion.

Die psychiatrische Forschung hat sich sehr intensiv mit der Frage befaßt, ob und inwieweit vor allem Schizophrene zu einer sozialen Interaktion in der Lage sind. Dabei hat sich die Ansicht etabliert, daß bei Schizophrenen die Fähigkeit, sich beim Sprechen in die Rolle des Zuhörers zu versetzen, vermindert sei (Andreasen 1979; Frommer 1992; Schwartz 1982).

Allerdings wurde anschließend zunehmend diskutiert, ob diese Interaktionsstörung Ausdruck einer fehlenden Kompetenz oder gestörter Performanz sei. Nach

Chomsky (1972) wird unter Kompetenz dabei die individuelle Fähigkeit eines Menschen zu sprechen verstanden, während unter Performanz die beobachtbare Sprache eines Menschen verstanden wird, die wiederum z.B. durch Motive und Gedächtnisfunktionen des Sprechers oder die Gesprächssituation beeinflusst wird. Wird bei schizophrenen Psychosen vom Vorliegen einer Kompetenz-Störung ausgegangen, wäre also eher eine zentrale Sprachstörung anzunehmen. Wird hingegen eine Performanz-Störung angenommen, wäre die zugrundeliegende Vermutung, daß das Sprachsystem ansich intakt ist. Eine Beobachtung, die die Hypothese stützen könnte, daß eher eine Performanzstörung zugrundeliegt, ist einem Beitrag von Bleuler (1982) zu entnehmen: Er betont die bemerkenswerte Instabilität der sprachlichen Leistungen Schizophrener.

Obwohl Kommunikation das eigentliche Medium des Austausches in der psychiatrischen Praxis ist, ist die Zahl empirischer Sprachanalysen bei schizophrenen Patienten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie sehr gering (Eggers 1993). Darüber hinaus wird die kommunikative Bedeutung verbaler Äußerungen oft vernachlässigt, indem das kommunikative Verhalten des gesunden Gesprächspartners meist unberücksichtigt bleibt. Cozolino (1983) beklagt diesen Umstand, da Sprache ja naturgemäß eine soziale Komponente beinhalte.

## 2 Zielsetzung der Untersuchung

Wie würde sich eine Performanzstörung zeigen? Welche Abweichungen von einer intakten Kommunikation könnten bei schizophrenen Patienten und deren Gesprächspartner beobachtet werden? Die wesentliche Grundlage für ein Gespräch besteht nach Foppa (1979) in der Verständnissicherung: Hierzu muß auf der Seite des Sprechers die Absicht sich zu verständigen, und auf der Seite des Hörers die Bereitschaft zu verstehen, gegeben sein. So garantieren beispielsweise Signale des Sprechers und Hörers, die ausschließlich zur Aufrechterhaltung und Steuerung eines Dialoges dienen (sogenannte Sprecher- und Hörersignale), die Verständnissicherung. Sie gewährleisten eine Rückmeldung an den Sprecher oder Hörer während des laufenden Gesprächs. Auch nonverbale kommunikative Signale wie Blickkontakte und Gesten dienen nach Scherer (1973) und Schirling (1998) dem Gesprächsmanagement im Sinn von Rückmeldungsprozessen. Wenn also Störungen der Kommunikation vorliegen, kann vermutet werden, daß die Zahl der Rückmeldungsprozesse in Form von Sprecher-, Hörersignalen, Blickkontakten und Gesten ansteigt. Diese Kommunikationselemente werden hier als mögliche Anzeichen für das Gesprächsmanagement untersucht.

Verständnissicherung wird jedoch nur dann erreicht, wenn die Gesprächsteilnehmer zur Aufrechterhaltung des Dialogs kooperieren. Grice (1975) hat für das Gelingen einige Grundregeln formuliert (sog. Konversationsmaxime). Sie müssen von den Gesprächsteilnehmern beachtet werden, um ein Gespräch zu ermöglichen. Grice geht u.a. davon aus, daß die Redebeiträge auf die jeweiligen situativen Anforderungen zugeschnitten sein sollten. Sie sollten so informativ wie notwendig gestaltet werden. Sie sollten verständlich sein, d.h. Unklarheit der Ausdrücke und Zweideutigkeit ver-

meiden. Wenn also, wie oben angenommen, eine Performanzstörung vorliegen würde, wäre zu erwarten, daß vermehrt die genannten Regeln mißachtet werden. Daher werden in dieser Arbeit sprachliche Variablen untersucht, deren Auftreten einen Verstoß gegen die Konversationsmaxime bedeutet. Es könnte also sein, daß vermehrt auf Äußerungen eines Gesprächsteilnehmers nicht geantwortet wird (sog. Selektionen), d.h. die situativen Anforderungen nicht beachtet werden. Außerdem könnten akustisch unverständliche Äußerungen ein Zeichen für eine verminderte Verständlichkeit sein.

### 3 Material und Methoden

#### 3.1 *Kognitionspsychologisches Experiment*

Ausgangsmaterial für die Inhaltsanalyse waren Protokolle von Videoaufzeichnungen der verbalen und nonverbalen Interaktion zwischen Proband (Vp) und Versuchsleiter (Vl) während eines Problemlöseexperimentes (Bunk 1991; Bunk 1992). Es wurde ein Würfelkastenexperiment von Klix und Lander (1967) verwendet, dessen Anforderung darin bestand, einen Lösungsweg zu entwickeln, um einen Metallwürfel mit Hilfe relativ unspezifischer Werkzeuge aus einem Kasten zu holen. Es wurde die Methode des „Lauten Denkens“ angewandt, die Weidle und Wagner (1982) derart definieren, daß eine Vp gebeten werde, laut auszusprechen, was ihr in einer bestimmten Situation, zum Beispiel beim Lösen einer Denkaufgabe, durch den Kopf geht. Die Vp arbeitet in Anwesenheit des Vl. Es lag somit eine standardisierte alltagsähnliche Gesprächssituation ausreichender Komplexität vor. Die kommunikative Rolle des Versuchsleiters war sehr restriktiv definiert worden. Er äußerte lediglich zu Beginn des Experimentes die Versuchsinstruktion. Bei langen Schweigephasen und extremer Hilf- und Ratlosigkeit intervenierte er nur mit streng definierten Hilfestellungen zur Motivation und mit heuristischen Hilfen (Bunk 1991).

#### 3.2 *Die Untersuchungsgruppen*

Es wurden insgesamt drei Gruppen Jugendlicher untersucht. Bei den zehn schizophrenen Jugendlichen wurde nach ICD-9 einmal die Diagnose 295.0, dreimal 295.1, einmal 295.2, dreimal 295.3 und zweimal 295.4 gestellt. Die Gruppe der zehn neurotischen Patienten umfaßte diagnostisch: eine Phobie (ICD-9: 300.2), eine Angstneurose (ICD-9: 300.0), eine Hysterie (ICD-9: 300.1), eine Störung des Verhaltens mit Zwangsscharakter (ICD-9: 312.2), drei andere Persönlichkeitsstörungen (ICD-9: 301.8), eine Störung des Sozialverhaltens (ICD-9: 312.0), eine Anpassungsstörung im Sozialverhalten mit emotionaler Symptomatik (ICD-9: 309.4) und eine Anpassungsstörung mit länger dauernder depressiver Reaktion (ICD-9: 309.1).

Die Gruppe der zehn gesunden Probanden bestand aus Oberschülern, die zum Untersuchungszeitpunkt die 10.-12. Klasse besuchten. Aus deren Eigenanamnese und

Familienanamnese ergab sich kein Hinweis auf psychiatrische Erkrankungen. Weitere Angaben zum Experiment allgemein können einer Arbeit von Bunk (1991, 1992) entnommen werden. Alle psychiatrischen Vpn hatten bereits eine längere stationäre Behandlungsphase hinter sich. Die schizophrenen Vpn wurden nach Abklingen ihrer produktiven Symptomatik untersucht. Sechs von ihnen erhielten zum Zeitpunkt des Experiments in der postakuten Phase eine neuroleptische Medikation. Orientiert an Kleinig und Moore (1968) erfolgte durch zwei unabhängige Rater eine Zuordnung der Vpn zu sozialen Schichten. Tabelle 1 gibt eine Übersicht der biographischen Daten der Versuchspersonen.

Tab. 1: Biographische Daten der Versuchspersonen

		Diagnosegruppe		
		g	n	s
Geschlecht (Anzahl)	männlich	5	8	9
	weiblich	5	2	1
Durchschnittsalter (Jahre)		17,9	14,9	17,2
Median, Alter (Jahre)		18,0	15,0	17,0
Standardabweichung, Alter (Jahre)		1,07	2,17	2,19
Durchschnittlicher IQ		117,6	101,5	100,0
Median des IQ		117,5	100,0	101,5
Standardabweichung des IQ		5,13	15,26	14,95
Schichtzugehörigkeit (Anzahl)	a	3	2	3
	b	1	1	2
	c	3	3	3
	d	3	4	2

Anmerkungen: g: gesunde Vpn, n: neurotische Vpn, s: schizophrene Vpn; a: obere Mittelschicht, b: mittlere Mittelschicht, c: untere Mittelschicht, d: untere Unterschicht. IQ: Intelligenzquotient.

3.3 Inhaltsanalyse

Die Erfassung des kommunikativen Verhaltens erfolgte anhand von Kategorien nach dem Ablaufschema von Krippendorf (1980). Für jeden Satz der Vp und des VI sowie für jede Handlung der Vp wurden die im folgenden erläuterten Kategorien registriert. Danach wurde die relative Auftretenshäufigkeit der Kategorien für jedes Versuchsprotokoll erfaßt. Jedes Protokoll wurde bis zu der Stelle ausgewertet, an der der VI systematisch heuristische Hilfen gab, aber längstens über die ersten 30 Minuten des Versuchs nach Instruktionsende. Von drei unabhängigen Ratern wurden für drei Protokolle (je eins für jede Diagnosegruppe) ohne Kenntnis der jeweiligen Diagnose die Kategorien vergeben. Die Interraterübereinstimmung lag bei 96-98%.

### 3.4 Definitionen der Kategorien

Kennzeichen für das *Gesprächsmanagement* (GM):

Definition *Sprechersignal*: Kommunikative Signale des Sprechers in Dialogen, die, indem sie auf die Partnerbeziehung referieren, dialogsteuernde bzw. dialogerhaltende Funktion erlangen Beispiel: nicht wahr?, nicht?, weißt du?, verstehst du?, oder nicht? usw.

Beispiel im Satz: Vp: Den Würfel soll ich hier herausholen, nicht wahr? VI: Ja.

Definition *Hörersignal*: Non-verbale und verbale Kontakt-, Antwort- und Steuersignale in Dialogen, die dem Sprecher anzeigen oder zu verstehen geben, daß der Hörer am Gespräch und Sprecher interessiert oder nicht interessiert ist, daß er das Gespräch begleitet und wie er dem Inhalt des Geäußerten gegenüber eingestellt ist.

Beispiel: jawohl, stimmt, ach so, genau, na klar, mhm, na ja usw.

Beispiel im Satz: Vp: Kann ich alle Werkzeuge, die hier liegen, benutzen? VI: Jawohl, das kannst du.

Definition *Blickkontakt*: Augenkontakt zum VI; Anblicken des Gesprächspartners als nichtverbale Komponente interaktionaler Kommunikation.

Beispiel: Vp: Kann ich das hochheben? Handlungsebene: Blick zum VI.

Definition *Gestischer Kontakt*: Beziehungsaufnahme zwischen Vp und VI durch Gesten.

Beispiel: VI: Du kannst es ausprobieren. Handlungsebene: Vp nickt. Vp: Ich werde es versuchen.

Anzeichen für *Kommunikationsstörungen* (KS):

Definition artikulatorisch unverständliche Äußerung der Vp: Für den Hörer artikulatorisch unverständliche Äußerungen oder Textpassagen (uv).

Beispiel:

Vp: Ich möchte (uv) das Brett hier hochheben.

Definition *Selektion*: Nichtberücksichtigung von Redebeiträgen.

Beispiel: Vp: Freuen Sie sich darauf? VI: Die Schrauben sind an dem Kasten dran. Vp: Freuen Sie sich darauf, daß ich das Problem löse? Der VI antwortet auf diese Frage nicht.

### 3.5 Statistische Analyse

*Arbeitshypothesen*: Es wird bei schizophrenen Psychosen das Vorliegen einer Performanz-Störung angenommen. Die Diagnosegruppen werden bezüglich des Gesprächsmanagements (Gesprächssignale des Sprechers und Hörers bei den Vpn und dem VI; Blick- und Körperkontakt der Vpn zu dem VI) und des Auftretens von Kommunikationsstörungen (artikulatorisch unverständliche Äußerungen der Vpn und Nichtbeachten von Gesprächsbeiträgen durch die Vpn oder den VI) einem Gruppenvergleich unterzogen. Es wird gemäß der Grundannahme als Arbeitshypothese formuliert, daß bei Dialogen mit Schizophrenen vermehrt Kommunikationsstörungen zu verzeichnen sind und infolgedessen gehäuft Rückmeldungsprozesse in der Kommunikation auftreten.

*Statistische Methoden:* Die Ergebnisse werden zunächst deskriptiv tabellarisch dargestellt. Für Gruppenvergleiche werden der Kruskal-Wallis-Test, Mann-Whitney-Test, eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA), der Chi-Quadrat-Test und Cochran-Mantel-Haenszel-Test (CMH-Test) angewandt.

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Demographische Merkmale

Die *Altersverteilung* (s. Tab. 1) wird mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant ( $p < 0.05$ ), wobei das durchschnittliche Alter bei der Gruppe der neurotischen Vpn mit 14; 9 Jahren am niedrigsten ist, während das Durchschnittsalter bei den schizophrenen Vpn bei 17;2 Jahren und bei den gesunden Vpn bei 17;9 Jahren liegt. Daher ist zu diskutieren, ob das Alter die untersuchten sprachlichen Variablen beeinflussen könnte. Klann-Delius (1999) führt bezüglich des Spracherwerbs, speziell der Entwicklung konversationeller Fähigkeiten (wie z.B. Berücksichtigen der Redebeiträge des Gesprächspartners, Rückmeldeverhalten und Einhalten von bestimmten Gesprächsregeln), an, daß sich erst mit sechs Jahren die diskursiven Fähigkeiten von Kindern denen Erwachsener angleichen. Die Entwicklung dieser konversationellen Fähigkeiten erstreckte sich bis in die späte Kindheit. Patterson (1983) geht ebenfalls davon aus, daß im allgemeinen mit Erreichen der Pubertät die erwachsenen Normen für das Diskurswissen erfüllt werden. Bezogen auf die Versuchsguppen, alle Versuchspersonen sind in der Pubertät, kann daher angenommen werden, daß der Spracherwerb abgeschlossen ist.

Bei den drei Versuchsguppen unterscheidet sich das *Geschlechterverhältnis* deutlich: Bei der Gruppe der gesunden Vpn liegt eine Gleichverteilung von Mädchen und Jungen vor, bei der Gruppe der neurotischen und schizophrenen Vpn überwiegen Jungen. Daher sollen hier mögliche Einflüsse des Geschlechts auf das Interaktionsverhalten erörtert werden. Da der Spracherwerb bei den untersuchten Jugendlichen weitestgehend abgeschlossen ist, können im folgenden auch Studien mit Erwachsenen zur Erörterung geschlechtsspezifischer Merkmale der Kommunikation berücksichtigt werden. Untersuchungen haben geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Mimik und Gestik ergeben: So nehmen Frauen häufiger zum Gesprächspartner Blickkontakt auf (Dabbs et al. 1980) und berühren diesen auch häufiger als Männer (Jourard 1966). Trömel-Plötz (1984) und Duncan (1974) zeigten, daß sich Frauen in Gesprächen kooperativer als Männer verhalten, indem sie mehr Hörerrückmeldungen produzieren, ihre Redebeiträge so strukturieren, daß die anderen ihnen auch zuhören und indem sie mehr Fragen stellen. Andererseits kann in empirischen Untersuchungen von gemischtgeschlechtlichen Gesprächen beobachtet werden, daß im allgemeinen Frauen von Männern häufiger unterbrochen werden als umgekehrt (Lauper u. Lotz 1984). Bezogen auf die untersuchten Kategorien könnte also angenommen werden, daß die Mädchen im Vergleich zu den Jungen häufiger Blick- und gestischen Kontakt zum VI aufnehmen, mehr Sprecher- und Hörersignale in ihren

Aussagen verwenden, sich verständlicher ausdrücken und die Redebeiträge des VI mehr beachten. Die Ergebnisse (Tab. 2) ergeben hingegen ein eher uneinheitliches Bild bezüglich Kommunikationsstörung (KS) und Gesprächsmanagement (GM), daß nur einige Präferenzen aufweist, die in Folgeuntersuchungen noch mehr differenziert werden müßten.

Tab.2: Mittelwerte (m) und Standardabweichungen (sd) der relativen Häufigkeiten der Kategorien des Gesprächsmanagements (GM) und der Kommunikationsstörung (KS) der Versuchspersonen, getrennt erfaßt nach Geschlecht und Diagnosegruppe

Kategorie	m		m		m		sd		sd		sd	
	g		n		s		g		n		s	
	m (5)	w (5)	m (8)	w (2)	m (9)	w (1)	m (5)	w (5)	m (8)	w (2)	m (9)	w (9)
GM:												
Blickkontakt	4,41	5,03	4,12	8,61	9,99	5,31	4,69	3,86	2,72	5,17	7,88	
gestischer Kontakt zum VI	3,43	2,88	4,82	8,82	5,75	6,3	1,89	1,71	3,29	8,27	4,39	
Sprechersignale	9,99	11,11	18,49	30,54	14,48	18,71	7,69	7,11	11,61	7,83	7,07	
Hörersignale	1,67	2,69	2,68	2,69	2,88	0,34	1,82	3,16	2,34	1,23	3,13	
KS:												
unverständliche Äußerungen	2,04	3,66	5,55	5,64	4,06	0,34	2,37	1,71	4,23	0,87	3,66	
Selektionen	0,78	1,36	1,39	0,92	3,39	1,58	1,49	0,95	0,77	1,29	3,52	

Anmerkungen: g: gesunde Vpn, n: neurotische Vpn, s: schizophrene Vpn. m: männlich, w: weiblich, in Klammern Zahlenangaben (Zahl der männlichen bzw. weiblichen Versuchspersonen).

Die *Schichtzugehörigkeit* wurde mit Hilfe des CMH-Test verglichen. Die Gruppen unterscheiden sich nicht signifikant bezüglich der Schichtzugehörigkeit (p=0,71).

4.2 Begabungsunterschiede

Der Intelligenzquotient nach Diagnosegruppen wurde mit Hilfe einer einfaktoriellen Varianzanalyse verglichen. Die Gruppen unterscheiden sich signifikant (p<0.05), wobei der durchschnittliche Intelligenzquotient bei der Gruppe der Gesunden am höchsten liegt. Der unterschiedliche Intelligenzquotient wird aber ebenfalls nicht als Störgröße angesehen, da schwer lernbehinderte oder geistig behinderte Patienten durch die IQ-Routinediagnostik ausgeschlossen (Handlungsteil des HAWIK- oder SPM-IQ<75) wurden. Die IQ-Grenze wurde deshalb so tief angesetzt, weil bei akuter psychischer Erkrankung niedrigere Intelligenztestwerte zu erwarten sind, die nur bedingt Rückschlüsse auf die tatsächliche intellektuelle Begabung zulassen.

### 4.3 Einflüsse der Medikation

Sechs der schizophrenen Vpn erhielten zum Zeitpunkt des Experiments in der postakuten Phase eine neuroleptische Medikation, wobei die durchschnittliche nach Jahn und Mussgay (1989) berechnete Chlorpromazinäquivalenzdosis 834, 5 mg/die betrug (Spanne von 315-1740 mg/die), die übrigen vier schizophrenen Vpn erhielten keine Medikamente. Der Einfluß der Medikation auf die untersuchten Kategorien des Kommunikationsverhaltens kann hier in Ermangelung einer systematischen Kontrolle nicht genau bestimmt werden. Hymowitz und Spohn (1980) gehen davon aus, daß unter neuroleptischer Therapie die Komplexität und Kohärenz sprachlicher Äußerungen erwachsener Schizophrener verbessert werden kann. Aufgrund der geringen Fallzahl werden in der Gruppe der Schizophrenen keine Subgruppen mit und ohne Medikation getestet. Die beobachteten Unterschiede in bezug auf die sprachlichen Parameter (s. Tab. 3) können jedoch als medizinisch nicht relevant eingestuft werden.

Tab. 3: Mittelwerte (m) und Standardabweichungen (sd) der relativen Häufigkeiten der Kategorien bei schizophrenen Versuchspersonen, unterteilt nach erfolgter/nicht erfolgter Medikation

Kategorie	m (sd)	
	ohne Medikation	mit Medikation
Blickkontakt	7,14 (8,39)	11,10 (7,32)
gestischer Kontakt	5,65 (4,11)	5,90 (4,55)
Sprechersignale	19,45 (6,76)	11,87 (5,30)
Hörersignale	1,46 (1,80)	3,41 (3,61)
artikulatorisch unverständliche Äußerungen	3,52 (2,49)	3,81 (4,49)
Selektion	0,64 (0,75)	0,98 (1,81)

### 4.4 Einflüsse der Motivation

Auch die Motivation der Vpn, definiert als Bereitschaft, die Problemstellung zu bearbeiten, wurde untersucht, da ein Einfluß auf die untersuchten sprachlichen Parameter nicht sicher ausgeschlossen werden konnte. In der zugrundeliegenden Arbeit von Bunk (1991, S. 181-185) wurden daher die Anfangsmotivation der Vp (Klassifizierung in zwei Kategorien: hoch bis angemessen und niedrig) und der Motivationsverlauf (Einteilung in drei Kategorien: gleichbleibend, ansteigend und abnehmend) von unabhängigen Ratern beurteilt. Die statistische Auswertung (Chi-Quadrat-Test) ergab, daß bezüglich Anfangsmotivation und Verlauf nur geringfügige Gruppenunterschiede bestanden. Der Einfluß der Motivation allgemein auf die untersuchten Parameter ist derzeit nicht hinreichend geklärt.



4.5 Unterschiede im Kommunikationsverhalten gesunder, neurotischer und schizophrener Jugendlicher

Da die Stichprobenumfänge mit  $n = 10$  klein sind, wurden zum Vergleich der Diagnosegruppen nichtparametrische Tests (Kruskal-Wallis-Test, Mann-Whitney-Test) verwandt. Die Ergebnisse des Gruppenvergleichs sind in den Tabellen 4 und 5 zusammengefaßt.

Tab. 4: Kommunikatives Verhalten der Vpn, Unterschiede der mittleren Ränge (MR) zwischen den Diagnosegruppen

Kategorie	MR			Mann-Whitney			Kruskal-Wallis	
	g	n	s	g/n	g/s	n/s	F-Wert	p
Blickkontakt (Vp zum VI)	12,70	14,70	19,10	0,55	0,23	0,13	2,77	0,25
gestischer Kontakt (Vp zum VI)	11,75	16,50	18,25	0,32	0,06	0,82	2,92	0,23
Sprechersignale (Vp)	11,10	19,50	15,90	0,05	0,26	0,15	4,58	0,10
Hörersignale (Vp)	14,40	17,20	14,90	0,41	0,65	0,97	0,58	0,75
unverständliche Äußerungen (Vp)	12,65	14,25	19,60	0,19	0,07	0,73	3,42	0,18
Selektionen (Vp)	10,60	16,20	19,70	0,08	0,04	0,25	5,64	0,06

Anmerkungen: g: gesunde Vpn, n: neurotische Vpn, s: schizophrene Vpn; adjustiertes p für den Mann-Whitney-Test:  $p < .017$

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich ist, verwenden neurotische Personen signifikant mehr Sprechersignale als gesunde Vpn. Schizophrene Vpn nehmen tendentiell mehr gestischen Kontakt zum VI auf als gesunde Vpn. Zudem äußern schizophrene Vpn sich tendentiell mehr unverständlich als gesunde Vpn und ignorieren signifikant häufiger als gesunde Vpn Redebeiträge des Gesprächspartners. Hinsichtlich der Blickkontakte und der Hörersignale der Vpn finden sich keine bedeutsamen Gruppenunterschiede.

Tab. 5: Kommunikatives Verhalten des Versuchsleiters, Unterschiede der mittleren Ränge (MR) zwischen den Diagnosegruppen

Kategorie	MR			Mann-Whitney			Kruskal-Wallis	
	g	n	s	g/n	g/s	n/s	F-Wert	p
Sprechersignale (VI)	11,80	19,85	14,85	0,05	0,36	0,17	4,26	0,12
Hörersignale (VI)	8,00	20,05	18,45	0,0006	0,0019	0,68	12,63	0,001
Selektionen (VI)	11,60	15,20	19,70	0,33	0,04	0,25	4,47	0,10

Anmerkungen: g: gesunde Vpn, n: neurotische Vpn, s: schizophrene Vpn; adjustiertes p für den Mann-Whitney-Test:  $p < .017$

Der Tabelle 5 ist weiter zu entnehmen, daß der VI bei den neurotischen Vpn signifikant mehr Sprechersignale als bei gesunden Vpn verwendet. Im Vergleich zu Dialogen mit gesunden Vpn gibt der VI bei den neurotischen Vpn, gefolgt von den schizophrenen Vpn, signifikant mehr Hörsignale als Rückmeldung. Zudem ignoriert der VI bei den schizophrenen Vpn signifikant häufiger deren Gesprächsbeiträge als bei gesunden Vpn.

## 5 Diskussion

Bei Versuchspersonen mit schizophrenen Psychosen wurde das Vorliegen einer Performanzstörung angenommen. Als Hypothese wurde formuliert, daß schizophrene Gesprächsteilnehmer häufiger als andere gegen bestimmte Grundregeln der Kommunikation verstoßen, die der Verständnissicherung dienen. So wurde vermutet, daß die schizophrenen Vpn vermehrt auf Äußerungen eines Gesprächsteilnehmers nicht eingehen (sog. Selektionen) und sich häufiger akustisch unverständlich äußern. Außerdem wurde angenommen, daß sich infolge dieser Kommunikationsstörung Veränderungen im Gesprächsmanagement ergeben und die Zahl der Rückmeldungsprozesse in Form von Sprecher-, Hörsignalen, Blickkontakten und Gesten ansteigt.

Die erste Annahme, daß schizophrene Gesprächsteilnehmer häufiger als andere gegen bestimmte Grundregeln der Kommunikation verstoßen, die der Verständnissicherung dienen, konnte bestätigt werden: Schizophrene Vpn äußern sich tendentiell häufiger unverständlich als gesunde und beachten signifikant häufiger als gesunde die Redebeiträge des Gesprächspartners nicht. Zudem ignoriert der VI bei den schizophrenen Vpn signifikant häufiger deren Gesprächsbeiträge als bei gesunden Vpn.

Bei Verwendung von Selektionen, d.h. dem Nichtberücksichtigen der Redebeiträge des Gesprächspartners, werden einige der Konversationspostulate von Grice (1975) mißachtet: Durch die Nichtberücksichtigung der Beiträge des Gesprächspartners sind die Redebeiträge des Sprechers nicht mehr verständlich und nicht der Redesituation angepaßt. Dieses Phänomen kann im Extremfall nach Selting (1986) auch als „Nebeneinander-Her-Reden“ interpretiert werden, da durch häufige Selektionen von Redebeiträgen die Dialogstruktur durch abrupte Themenwechsel gekennzeichnet ist. Somit gelingt es den schizophrenen Vpn in dem Experiment nicht in ausreichendem Maß, ihre Äußerungen an die Bedürfnisse des VI anzupassen. Die Ansicht, daß schizophrene Patienten sich nicht ausreichend in die Rolle des Zuhörers versetzen können, wird auch von Wykes (1980), Frommer (1992) und Schwartz (1982) vertreten.

Es ist davon auszugehen, daß die Fähigkeit, sich im Gespräch in die Rolle des Hörers hineinzusetzen, beim VI vorhanden ist. Wenn der VI also häufiger bei den schizophrenen Vpn als bei anderen Vpn deren Gesprächsbeiträge mißachtet, kann dies als Reaktion auf die oben beschriebene Kommunikationsstörung interpretiert werden.

Außerdem wurde angenommen, daß sich infolge dieser Kommunikationsstörung bei schizophrenen Vpn Veränderungen des Gesprächsmanagements ergeben und die Zahl

der Rückmeldungsprozesse in Dialogen mit schizophrenen Vpn in Form von Sprecher-, Hörsignalen, Blickkontakten und Gesten ansteigt.

Entgegen dieser Annahme verwenden jedoch neurotische Vpn die meisten Sprechersignale. Der VI verwendet in seinen Aussagen bei den neurotischen Vpn am meisten und signifikant häufiger Sprechersignale als bei gesunden Vpn. Im Vergleich zu Dialogen mit gesunden Vpn gibt der VI am häufigsten bei den neurotischen und am zweithäufigsten bei den schizophrenen Vpn Hörsignale als Rückmeldung. An der häufigeren Verwendung von Sprecher- und Hörsignalen, die definitionsgemäß auf die Partnerbeziehung in Dialogen referieren, läßt sich ablesen, daß bei der Gruppe der neurotischen Vpn die Testperson und der VI vermehrt aufeinander eingehen. Die Untersuchungsergebnisse zum Gesprächsmanagement sind insofern uneinheitlich, als daß in den Dialogen mit neurotischen Vpn zwar mehr Austausch über Sprecher- und Hörsignale stattfindet, aber schizophrene Vpn tendentiell mehr gestischen Kontakt zum VI aufnehmen als gesunde Vpn. Die genannten Phänomene können als Abweichung in der Nähe- und Distanzregulierung bei Dialogen mit neurotischen und schizophrenen Kranken betrachtet werden. Diese vermehrte Kontaktaufnahme scheint dabei auch das kommunikative Verhalten des VI zu beeinflussen: Dieser erstattet in Form von Sprecher- und Hörsignalen mehr Rückmeldung sowohl an die neurotischen als auch die schizophrenen Vpn. Bezüglich des Auftretens der Hörsignale ergeben sich bei den Vpn keine bedeutsamen Gruppenunterschiede.

Auch die Zahl der Blickkontakte der Vpn zum VI ist bei allen Diagnosegruppen ähnlich. Dieses Ergebnis ist widersprüchlich zu dem Ergebnis einer Studie von Rutter und Stephenson (1972), wonach das Nichtinvolviertsein oder das Vermeiden von sozialen Kontakten bei depressiven und schizophrenen Patienten sich in geringeren Blickkontakten zu anderen manifestiert. Das Ergebnis entspricht dagegen jenen einer späteren Arbeit, in der Rutter (1977) seine Meinung revidiert und erklärt, daß Dauer und Frequenz des Blickkontakts von Schizophrenen und Gesunden vergleichbar sind.

Bei der Auswertung zeigt sich, daß sich die Grenzen zwischen den klinischen Gruppen überlappen, wobei kritisch anzumerken ist, daß die Gruppe der neurotischen Versuchspersonen diagnostisch eher heterogen ist. Die Diagnosen, die tendentiell eher zu den internalisierenden Störungen gerechnet werden (z.B. Angst, Depression), überwiegen deutlich die Diagnosen, die sich tendentiell eher den externalisierenden Störungen (z.B. Störung des Sozialverhaltens) zuordnen ließen. Es kann nicht ausgeschlossen werden, daß bei Vorliegen einer externalisierenden Störung beispielsweise häufiger Körper- und Blickkontakte zum Gesprächspartner erfolgen als bei Vorliegen einer internalisierenden Störung. Der Einfluß auf das nonverbale Kommunikationsverhalten kann jedoch bei der kleinen Gruppengröße nicht hinreichend beurteilt werden.

Insgesamt können die eher geringen Gruppenunterschiede u.a. auch dadurch erklärt werden, daß bei den sprachlichen Leistungen Schizophrener eine große intraindividuelle Schwankungsbreite existiert (Bleuler 1982) und die Untersuchung in der postakuten Phase stattfand. Auch bei den Protokollen der Gruppe der schizophrenen Vpn lagen Passagen ungestörter und unauffälliger Kommunikation vor, so daß abschließend das Vorliegen einer Performanzstörung bei schizophrenen Psychosen angenommen wird.

Mit dieser vergleichbare Studien könnten eine therapeutische Relevanz erlangen, da sowohl Einzel- als auch Familiengespräche im übertragenen Sinn auch als Problemlösungssituationen betrachtet werden können. Buckingham (1982) vertritt ebenfalls die Meinung, daß die Untersuchung der Konversationspostulate von Grice (1975) und deren Einhaltung einen sehr aussichtsreichen Ansatz zur Analyse von Diskursen mit Schizophrenen darstellt. Es erscheint daher aufschlußreich weitere derartige Sprachanalysen auch bei therapeutischen Gesprächen durchzuführen, um einen besseren Zugang zu Kommunikationsmustern Schizophrener zu erlangen und auch theoretische Modelle für Kommunikationsvorgänge zu entwickeln. De Giacomo et al. (1990) berichten über eine Computersimulation menschlicher Interaktion, die Unterschiede zwischen Kommunikationsstilen gesunder und schizophrener Vpn und Möglichkeiten therapeutischer Interventionen aufzeigte.

Bei einer Interaktionsstörung bei Schizophrenen ergibt sich zudem die Möglichkeit einer therapeutischen Verbesserung der sozialen Kompetenz, von der Falloon et al. (1984) betonen, daß dabei die Fähigkeit zur Interpretation von Kommunikationssituationen eine entscheidende Komponente darstellt. Dawson et al. (1980) führen dabei an, daß im Rahmen rehabilitativer Maßnahmen der Förderung der sozialen Kompetenz eine zentrale Bedeutung beizumessen ist. Brenner et al. (1992), Lehtinen (1994) und Eggers (1998) betonen zudem ausdrücklich die Relevanz integrativer Ansätze in der Schizophreniebehandlung, so daß linguistische Untersuchungen bei Schizophrenen einen weiteren Zugang zum Verständnis kognitiv orientierter Therapieansätze eröffnen könnten.

## Literatur

- Anderson, J.R. (1988): Kognitive Psychologie – Eine Einführung. Heidelberg: Spektrum der Wissenschaft.
- Andreasen, N.C. (1979): Thought, language, and communication disorders. II. Diagnostic significance. *Arch. Gen. Psychiatry* 36: 1325-1330.
- Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J.; Weakland, J.W. (1972): Auf dem Weg zu einer Schizophrenietheorie. In: Bateson, G.; Jackson, D.D.; Haley, J.; Weakland, J.H.; Wynne, L.C.; Ryckoff, I.M.; Day, J.; Hirsch, S.H.; Lidz, T.; Cornelison, A.; Fleck, S.; Terry, D.; Searles, H.F.; Bowen, M.; Vogel, E.F.; Bell, N.; Laing, R.D.; Foudrain, J. (Hg.): Schizophrenie und Familie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bleuler, M. (1982): Inconstancy of schizophrenic language and symptoms. *Behav. Brain Sci.* 5: 591.
- Brenner, H.D.; Hodel, B.; Genner, R.; Roder, V.; Corrigan, P.W. (1992): Biological and cognitive vulnerability factors in schizophrenia: implications for treatment. *Br. J. Psychiatry*, 16 (8): 154-163.
- Buckingham, H.J.R. (1982): Can listeners draw implications from schizophrenics? Commentary to Schwartz, S.: Is there a schizophrenic language? *Behav. Brain Sci.* 5: 592-594.
- Bunk, D. (1991): Zur Psychologie des schizophrenen Problemlösens. Bochum: Winkler.
- Bunk, D. (1992): On the psychology of schizophrenic problem-solving. In: Ferrero, F.P.; Haynal, A.E.; Sartorius, N. (Hg.): Schizophrenia and affective psychoses. Rome: John Libbey CIC srl., S. 211-220.
- Chomsky, N. (1972): Language and the mind. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Cozolino, L.J. (1983): The oral and written productions of schizophrenic patients. In: Maher, B.A.; Maher, W.B. (Hg.): Progress in experimental personality research, Vol. 12, New York: Academic Press, S. 101-152.
- Dabbs J.M. Jr.; Evans, M.S.; Hopper, C.H. ; Purvis, J.A. (1980): Self-monitors in conversation: What do they monitor? *J. Pers. Soc. Psychol.* 39: 278-284.
- Dawson, D.F.L.; Bartolucci, G. ; Blum, H.M. (1980): Language and schizophrenia: Towards a synthesis. *Compr. Psychiatry* 21(1): 81-90.

- De Giacomo, P.; Pierri, G.; Lefons, E.; Mich, L.A. (1990): A technique to simulate human interaction: relational styles leading to a schizophrenic communication pattern and back to normal. *Acta Psychiatr. Scand.* 82: 413-419.
- Duncan, S. jr. (1974): On the structure of speaker-auditor interaction during speaking turns. *Language in society* 3: 161-180.
- Eggers, Ch.: Language and communicative behavior in childhood psychosis (1993). In: Blanken, G.; Dittmann, J.; Grimm, H.; Marshall, J.C.; Wallesch, C.W. (Hg.): *Linguistic Disorders and Pathologies. An International Handbook*. Berlin: de Gruyter Verlag, S. 794-804.
- Eggers, Ch. (1998): Reizschutzmodell der Frühschizophrenie: Ein integrativ ätiologischer und therapeutischer Ansatz. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 47: 740-753.
- Falloon, J.L.; Boyd, J.L.; Mc Carrell, N.S. (1984): *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Foppa, K. (1979): Language acquisition: A human ethological problem? In: Van Cranach, M.; Foppa, K.; Lepenies, W.; Ploog, D. (Hg.): *Human ethology. Claims and limits of a new disciplin*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 729-738.
- Frommer, J. (1992): Über den Zusammenhang von Sprachstörungen und Störungen des Ich-Erlebens Schizophrener. *Z. Klin. Psychol. Psychopathol. Psychother.* 40(1): 47-57.
- Fry, D.B. (1973): The linguistic evidence of speech errors. In: Fromkin, V.A. (Hg.): *Speech errors as linguistic evidence*. The Hague, Paris: Mouton, S. 88-92.
- Grice, H. (1975): Logic and conversation. In: Cole, P.; Morgan, J. (Hg.): *Syntax and semantics, Vol 3: Speech acts*. New York: Academic Press.
- Hymowitz, P.; Spohn, H. (1980): The effects of antipsychotic medication on the linguistic ability of schizophrenics. *J. Nerv. Ment. Dis.* 168 (5): 287-296.
- Jahn, T.; Mussgay, L. (1989): Die statistische Kontrolle möglicher Medikamenteneinflüsse in experimental-psychologischen Schizophreniestudien: Ein Vorschlag zur Berechnung von Chlorpromazinäquivalenten. *Z. Klin. Psychol.* 28(3): 257-267.
- Jourard, S.M. (1966): An exploratory study of body-accessibility. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 5: 221-231.
- Käsermann, M.L. (1983): Form und Funktion schizophrener Sprachstörungen. *Sprache & Kognition* 3: 132-137.
- Käsermann, M.L.; Foppa, K. (1986): Zur Untersuchung normaler und gestörter Kommunikation. Schweiz. *Z. Psychol.* 45(3): 165-184.
- Klann-Delius, G. (1999): *Spracherwerb*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Kleining, G.; Moore, H. (1968): Soziale Selbsteinstufung. Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Soziopsychologie* 20: 502-552.
- Klix, F.; Lander, H. (1967): Die Strukturanalyse von Denkprozessen als Mittel der Intelligenzdiagnostik. In: Gutjahr, W.; Mehl, J. (Hg.): *Intelligenzdiagnostik*. Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften.
- Krippendorf, K. (1980): *Content analysis. An introduction to its methodology*. London: Sage.
- Lauper, H.; Lotz, C. (1984): „Also wir müssen jetzt aufpassen, liebe Frau Struck“: Untersuchung einer Fernsehdiskussion zwischen Karin Struck und Hans Apel. In: Trömel-Plötz, S. (Hg.): *Gewalt durch Sprache*. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 246-257.
- Lehtinen, K. (1994): Need-adapted treatment of schizophrenia: Family interventions. *Br. J. Psychiatry* 164(23): 89-96.
- Levelt, W.J.M. (1989): *Speaking – from intention to articulation*. Cambridge: MIT Press.
- Mead, G.H. (1968): *Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Patterson, M.L. (1983): *Nonverbal behavior. A functional perspective*. New York: Springer.
- Rutter, D.R.; Stephenson, G.M.; Ayling, K. ; White, P.A. (1972): The timing of looks in dyadic conversation. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 17: 17-21.
- Rutter, D.R. (1977): Visual interaction in schizophrenic patients: the timing of looks. *Br. J. Soc. Clin. Psychol.* 16: 357-361.
- Scherer, K.R. (1973): *Non-verbale Kommunikation*. Hamburg: Buske, 3. Aufl.
- Schirling, I. (1998): Blicken als Steuerungsvariable des Gesprächsverlaufes. In: Schmitz, H.W.: *Vom Sprecher zum Hörer. Kommunikationswissenschaftliche Beiträge zur Gesprächsanalyse*. Münster: Nodus Publikationen.

- Schwartz, S. (1982): Is there a schizophrenic language? *Behav. Brain Sci.* 5: 579-626.
- Searle, J.R. (1973): *Sprechakte*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Trömel-Plötz, S. (1984): Gewalt durch Sprache. In: Trömel-Plötz, S.: *Gewalt durch Sprache*. Frankfurt a.M.: Fischer, S. 50-67.
- Weidle, R.; Wagner, A.C. (1982): Die Methode des Lauten Denkens. In: Huber, G.L.; Mandl, H. (Hg.): *Verbale Daten*. Weinheim: Beltz, S. 81-103.
- Wykes, T. (1980): Language and schizophrenia (Editorial). *Psychol. Med.* 10: 403-406.

Anschrift der Verfasser: Dr. med. Petra Wiemer, Rheinische Kliniken Essen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Postfach 103043, 45030 Essen.