

# **SUBJEKTIVE KRANKHEITSTHEORIEN VON HYPERTONIKERN IM GESPRÄCH MIT IHREM HAUSARZT**

ANIKÓ KÖHALMI HAMBUCH  
Universität Pécs, Ungarn

## **1. Einleitung**

Die interaktive Aushandlung von „Subjektiven Krankheitstheorien“ (SKT) im Gespräch mit dem Arzt ist ein bislang wenig untersuchtes Phänomen im Bereich der Arzt/Patient-Interaktion. (Birkner 2006: 152) Subjektive Krankheitstheorien werden vor allem im Bereich der medizinischen Psychologie, Soziologie und Anthropologie geforscht. Zahlreiche Publikationen und die Ergebnisse der Gesprächsforschung auf deutschsprachigem Gebiet haben aber bewiesen, dass die Phänomene „Subjektive Krankheitstheorien“ auch aus linguistischer Sicht untersucht werden können, und dass diese Untersuchungen zum besseren Verstehen der Laientheorien beitragen. Hier versucht der vorliegende Beitrag anzusetzen.

## **2. Subjektive Krankheitstheorien**

Sieht sich eine Person einer tatsächlichen oder potentiellen Gesundheitsbedrohung durch das Auftreten von Körperbeschwerden ausgesetzt, kommt es bei ihr zu einer gedanklichen Auseinandersetzung mit den erlebten körperlichen Phänomenen und zu Ideen, wie das auftretende Problem zu lösen sein wird. (Balck-Preuss 2008: 82) Das Individuum bildet „unter Nutzung relevanter Gedächtnisinhalte eine kognitive Repräsentation der wahrgenommenen Krankheit, worunter man sämtliche Assoziationen und Vorstellungen zu dieser Erkrankung, geordnet als mehr oder weniger komplexes Wissenssystem, versteht.“ (Balck-Preuss 2008: 82) Der psychologischen Definition von Wüstner nach, sind SKT „ein System krankheitsbezogener Vorstellungen, Überzeugungen und Bewertungen... Kernstücke des Konzepts sind Vorstellungen über die Verursachung einer Krankheit und über die Beeinflussbarkeit“. (Wüstner 2001: 308)

SKT haben je nach Erkrankung unterschiedliche Relevanz, sie sind von Art, Dauer und Bedrohlichkeit der Erkrankung sowie dem Grad der persönlichen Betroffenheit abhängig und sie werden auch von der Erkrankungsphase beeinflusst. (Birkner 2006: 158)

## **3. Hypertonie**

Ab einem ständigen Druck von systolisch 140 mmHg und/oder diastolisch 90 mmHg spricht man von Bluthochdruck. Bei Bluthochdruck handelt es sich um eine chronische, nicht heilbare Krankheit, die mit richtig eingestellten Medikamenten und einer gesunden Lebensweise - regelmäßiger Bewegung und gesunder Ernährung - gut im Griff zu halten ist, ohne oder bei ungenügender Therapie aber zu schwerwiegenden Folgen wie z.B. Herzinfarkt und Schlaganfall führen kann. Der Bluthochdruck verursacht häufig keine oder nur uncharakteristische Symptome und das erschwert die Therapie. Ohne oder keine eindeutige Symptomwahrnehmung fällt es nämlich den Patient/innen schwer, ihre Medikamente regelmäßig, nach ärztlicher Anordnung einzunehmen und weiteren ärztlichen Anweisungen hinsichtlich der Therapie von Hypertonie zu folgen. Da Hypertonie auch in Ungarn zur

Volkskrankheit wurde, und diese eine der häufigsten Ursachen von in den Todesstatistiken führenden Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist, hat ihre erfolgreiche Therapie eine besondere Relevanz. Bei diesem Punkt kommt der Berücksichtigung der SKT von Hypertonikern in der ärztlichen Beratung eine besondere Rolle zu.

#### **4. Relevanz der Berücksichtigung der SKT von Hypertonikern**

In jedem Arzt-Patienten-Gespräch treffen Arztkonzept und Patientenkonzept aufeinander, professionelles Wissen wird mit Laienwissen konfrontiert. Der Erfolg der Therapie, die im Falle von Hypertonie einen lebenslangen Prozess bedeutet, hängt davon ab, wie weit die beiden Standpunkte im AP-Gespräch abgeklärt werden können. Dabei kann es sich der Arzt nicht erlauben, Vorstellungen des Patienten/der Patientin von seinem/ihrem hohen Blutdruck – v.a. Verursachung und Beeinflussung – zu ignorieren.

Um eine langfristige und erfolgreiche Behandlung durchführen zu können, müssen ärztliche Therapieansätze an die Vorstellungen der Patient/innen angelehnt werden. Diese Anlehnung soll auf sprachlicher Ebene geäußert werden.

#### **5. SKT im Gespräch und Fragestellung**

Obwohl SKT als Wissenssysteme in ihrer Struktur Parallelitäten zu wissenschaftlichen Theorien aufweisen (Birkner 2006: 160), werden sie im AP-Gespräch von Patient/innen selten wissenschaftlich präsentiert. Eine Erklärung dafür wäre einerseits die fehlende medizinische Kompetenz der Patient/innen. Andererseits können frühere institutionelle Erfahrungen eine Rolle spielen, nach denen es besser ist, wenn sich Patient/innen nicht in die Domäne des Arztes begeben. Patient/innen „verwenden alltagsweltlich geprägte Diskursformen“ (Birkner 2006: 160). Das Aufeinandertreffen dieser alltagsweltlichen Darstellungsformen des Erlebten vom Patienten / von der Patientin und von institutionell bedingten Diskursformen des Arztes/ der Ärztin können zu Missverständnissen im AP-Gespräch führen. Außerdem zeigen verschiedene Studien, dass - gerade durch die Unterschiedlichkeit ihrer Darstellungsformen - Patient/innen in der medizinischen Praxis nicht immer „den Gesprächsraum erhalten, der es zulassen würde, ihre SKT darzustellen.“ (Birkner 2006: 160)

SKT werden vom Arzt / von der Ärztin im Laufe des Gesprächs häufig als dysfunktional empfunden und so auch nicht berücksichtigt. Zahlreiche empirische Studien im medizinspsychologischen Bereich wiesen aber einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Verstehen der SKT von Patient/innen seitens des Arztes und der Compliance<sup>1</sup> der Patient/innen nach.

Vor diesem Hintergrund entstand das Forschungsvorhaben, SKT von Hypertonie-Patient/innen im AP-Gespräch in ihrer interaktiven Bearbeitung zu erfassen, und zu zeigen, wie linguistische Methoden dem besseren Verstehen von SKT, und so indirekt zu einer erfolgreichen Therapie beitragen können. Mit der Verwendung gesprächsanalytischer Methoden wird versucht

---

<sup>1</sup> Compliance bedeutet in der Medizin das kooperative Verhalten der Patient/innen im Rahmen der Therapie, der Begriff kann als „Therapietreue“ übersetzt werden.

- die Komponente von SKT
  - die Ziele, für die sie funktionalisiert werden
  - die Formen bzw. Verfahren ihrer Darstellung
- zu beschreiben, wo unbedingt zu betonen ist, dass diese drei Ebenen sich nur analytisch trennen lassen, im Gespräch aber zusammenlaufen.

### 6. Datenmaterial

Die Datengrundlage der Untersuchungen besteht aus AP-Gesprächen, die in zwei Hausarztpraxen, in einem Außenbezirk von Pécs während der regulären Sprechstunde aufgenommen wurden. Bisher wurden 13 der Gespräche transkribiert, sie bilden den Korpus der unten folgenden Analyse. 5 der Gespräche fanden zwischen Hausärztin und ihren Hypertonie-Patient/innen, 8 der Gespräche zwischen Hausarzt und seinen Hypertonie-Patient/innen im Rahmen einer alle 3 Monate fälligen Kontrolluntersuchung statt. Die Tonaufnahmen wurden mit einem Transcriber-Programm<sup>2</sup> transkribiert.

Das Programm ermöglicht eine Grundsegmentierung im Hinblick auf die orthographische Transkription – z.B. bei jeder Aussage oder Atempause -, eine Segmentierung bei Sprecherwechsel und eine nach Abschnitten, neuen Themen. Diese drei Schichten sind hierarchisch eingebettet, so dass jeder Sprecherwechsel den Beginn einer neuen Sprechersequenz markiert, und die Sprechersequenzen selbst sich in homogenen Abschnitten über verschiedene Themen gruppieren. Als Beispiel für die Segmentierungsschichten des Transcriber-Programms zeigt Abbildung 1 einen Ausschnitt aus einer der Transkriptionen.



Abbildung 1

<sup>2</sup> (<http://trans.sourceforge.net/en/presentation.php>)

## 7. Komponente von SKT

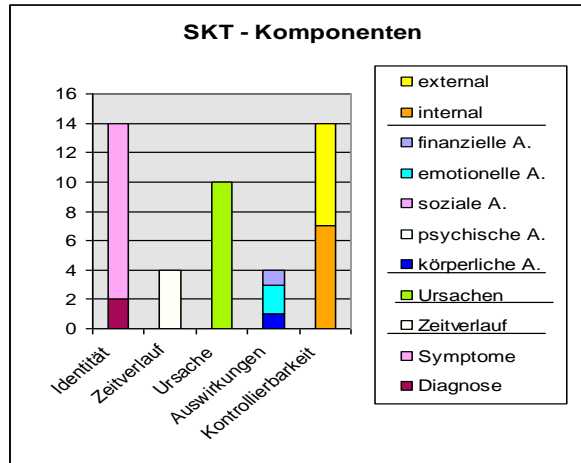


Abbildung 2

Die meist thematisierten Komponenten der SKT in den Gesprächen waren Identität und Kontrollierbarkeit. In der medizinischen Psychologie gehören zur Komponente Identität einerseits die von Patient/innen wahrgenommenen und geäußerten Symptome, andererseits die Bezeichnung der Krankheit seitens der Patient/innen, die sgn. Laiendiagnose. Am häufigsten äußerten sich die Patient/innen zu ihren wahrgenommenen Symptomen, in zwei Fällen gaben sie sogar eine Diagnose an, indem sie ihre Symptome Schüttelfrost und Kopfschmerzen als Anzeichen eines „grippalen Infekts“ bezeichneten, obwohl diese Symptome, nach der ärztlichen Untersuchung und Blutdruckmessung, vom Arzt als Folgen des enorm hohen Blutdrucks interpretiert worden sind.

Die Kontrollierbarkeit ihrer Krankheit war auch ein zentrales Thema bei den Patienten. Die Äußerungen im Zusammenhang mit dieser Komponente konnten in zwei Gruppen geteilt werden.

Etwa in der Hälfte der Fälle äußerten sich die Patient/innen zu ihrem eigenen Verhalten, das positiv oder negativ ihre Krankheit beeinflusste, in der anderen Hälfte äußerten sie sich zur Wirksamkeit der durchgeführten Untersuchungen, Therapien und verordneten Medikamenten. Interessanterweise wurden soziale und psychische Auswirkungen ihrer Krankheit von Patient/innen nicht thematisiert.

Bei den Ursachen wurden am häufigsten viel Arbeit, Familienprobleme, Stress und die Unwirksamkeit des verschriebenen Medikamentes erwähnt. Hier konnte am meisten die Beeinflussung der SKT durch die Medien und frühere Besuche beim Arzt beobachtet werden, dieses Phänomen wird von der Fachliteratur besonders bei chronisch Kranken oft beschrieben.

### 8. Ziele der Funktionalisierung von SKT

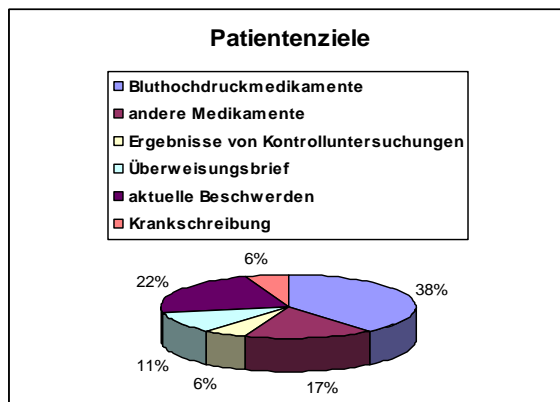


Abbildung 3

In mehr als der Hälfte der Fälle wollten die Patienten Medikamente verschrieben bekommen. Oft waren sie sogar überrascht, dass der Arzt/die Ärztin sie auch befragen und untersuchen möchte. An zweiter Stelle stehen aktuelle Beschwerden als Anlass für einen Besuch beim Arzt. Die Patientenziele beeinflussen, welche Komponente von SKT im Gespräch interaktiv bearbeitet wurden: Kontrollierbarkeit, im Zusammenhang mit dem Patientenziel „Medikamentenverschreibung“, und Identität, im Zusammenhang mit dem Patientenziel „aktuelle Beschwerden behandeln lassen“.

Die interaktive Struktur eines Gesprächs wird aber nicht nur von individuellen Zielen der Gesprächspartner beeinflusst, sondern auch von gesellschaftlich festgelegten Zielen geprägt. Das gilt besonders für institutionell bedingte Gespräche, wie das AP-Gespräch. Abbildung 4 zeigt institutionell bedingte Ziele der Hypertoniker-Betreuung. Fettgedruckt sind in der Tabelle die Ziele, die vom Arzt/von der Ärztin ohne Ausnahme in jedem Gespräch angestrebt wurden und so am meisten die interaktive Ausarbeitung von den SKT-Komponenten Identität und Kontrollierbarkeit gefördert haben.

Abbildung 4

<i>Institutionell bedingte Ziele</i>	
<b>Betreuung von Hypertonikern in der Praxis</b>	
<b>(Empfehlungen des Gesundheitsministeriums für Hausärzte)</b>	
<b>1. Beschwerden</b>	
<b>2. Medikamenteneinnahme</b>	
<b>3. Blutdruckmessung</b>	
4. Bewertung der Blutdruckwerte	
5. physische Untersuchung	
6. Einhaltung von Regeln der gesunden Lebensweise	

<http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=591.11.>

## 9. Formen und Verfahren der Darstellung

Zur Beschreibung der Formen und Verfahren der Darstellung der SKT in den Gesprächen verlief die Analyse auf zwei Ebenen, die zwar zu methodischen Zwecken getrennt werden konnten, in den Gesprächen aber gemeinsam die interaktive Struktur eines Gesprächs bildeten.

### 9.1. Analyseebenen

Als erster Schritt in der Analyse wurde versucht, die Verschiebung des Gesprächsthemas und die der Referenz des Gesprächs zu erfassen und in ein System zu bringen. Dabei leistete das Transcriber-Programm eine große Hilfe. Durch die Segmentierungsmöglichkeiten des Programms konnten größere Abschnitte im Gespräch festgelegt werden, die dann thematisch in weitere kleinere Abschnitte aufgeteilt werden konnten. In Anlehnung an die Episodendefinition von Clark und Argyle (Clark – Argyle In: Pléh – Siklaki – Terestyéni 1997: 565-602.) wurden thematisch größere Abschnitte Episoden genannt, die dann nach ihrer Thematik in Unterepisoden aufgeteilt werden konnten. Durch Wiederholungen und durch Einbettungen ineinander bilden Haupt- und Unterepisoden die hierarchische Struktur der Gespräche.

Die zwei häufigsten Hauptepisoden in den Gesprächen waren Medikation und Blutdruckmessung, die sowohl den Patientenzielen als auch den institutionell bedingten ärztlichen Zielen entsprachen und auch im kürzesten Gespräch präsent waren.

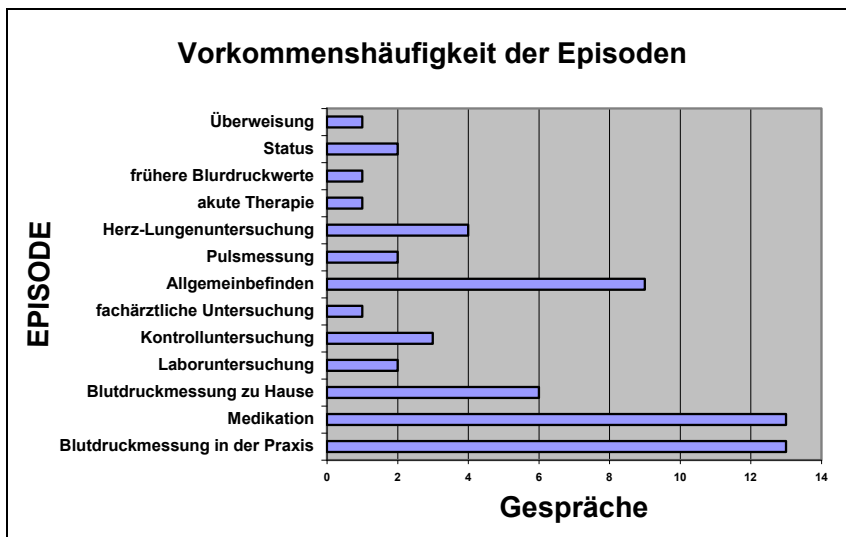


Abbildung 5

Als zweiter Schritt in der Analyse wurde der lineare Aufbau der Gespräche analysiert und vor allem auf Sprechakte, Gesprächsschritte, Sprecherwechsel und Gesprächssequenzen fokussiert.

Im Weiteren werden zwei Gespräche zur näheren Untersuchung als Beispiele ausgewählt. Durch ihre Analyse wird versucht, die möglichen interaktiven Ausarbeitungsformen von SKT im AP-Gespräch exemplarisch zu zeigen.

**9.2. Beispielanalyse**

*9.2.1. Allgemeine Charakteristika der Gespräche*

Gespräch A fand zwischen Hausärztin und einer 58-jährigen Patientin, die mehr als zehn Jahre an Hypertonie leidet, statt. Die Patientin kam in die Praxis, um sich und ihrem Sohn Medikamente verschreiben zu lassen. Offensichtlich wollte sie keine längere Zeit in der Praxis verbringen, sie war sogar überrascht, dass die Ärztin sie untersuchen und befragen möchte. Gespräch B führte der Hausarzt mit einem 63-jährigen Patienten, der auch mehr als zehn Jahre Hypertoniker ist. Er suchte den Hausarzt wegen seiner akuten Beschwerde, der zu niedrigen Pulszahl auf. Abbildung 6 dient zum Vergleich der allgemeinen Charakteristika der beiden Gespräche.

Gespräch	Episoden	Abschnitte	Turns	Teilnehmer
A	4	19	84	3
B	5	25	84	3
Gesamtzeit A: 3:59 B: 5:59	Turns Patient/in	Turns Arzt/Ärztin	Turns Sprechstundenhilfe	Wortzahl
A	41	40	4	604
B	41	47	5	1075

Abbildung 6

Gespräch B war um zwei Minuten länger als Gespräch A und hatte um eine Episode mehr, da der Arzt auch physikalische Untersuchungen vorgenommen hat. Sowohl im Gespräch A als auch im Gespräch B gab es insgesamt 84 Gesprächsschritte. Wenn wir die Anzahl der Gesprächsschritte des Arztes/der Ärztin bzw. des Patienten/der Patientin betrachten, kann man den Eindruck haben, es ist ein relativ ausgeglichenes, von niemandem stark geprägtes Gespräch. Anhand der Verteilung der Redebeiträge zwischen den Gesprächspartnern kann das in der Fachliteratur oft beschriebene asymmetrische Verhältnis im AP-Gespräch nicht beobachtet werden. Erst nach einer genaueren Analyse kann eine für beide Gespräche charakteristische, stark arztzentrierte Gesprächsführung nachgewiesen werden.

*9.2.2. Sequenzanalyse der Gespräche*

Neue Sequenzen wurden in beiden Gesprächen ausschließlich nur von dem Arzt/der Ärztin, also vom Experten initiiert. In der Gesprächsstruktur erschien diese Initiierung häufig in Form einer Vorsequenz: „Also, dann erzählen Sie bitte...“. Die Ebene der Sprechakte betrachtet, starteten die Experten eine neue Sequenz am häufigsten mit einer Frage („Wie nehmen Sie Ihre Medikamente?“), aber auch mit einem Vorschlag („Ich schlage dann ein anderes Medikament vor.“), einer Erklärung („Wissen Sie, es kann mehrere Gründe haben.“) oder mit einer einfachen Handlung. Das Rederecht ergriffen sie am häufigsten durch

Selbstwahl, oft durch Abbruch des Patienten/der Patientin. Es war interessant, wie die Beschwerdeexploration des Patienten/der Patientin ohne verbale Interaktion, einfach durch das Anlegen der Manschette des Blutdruckmessers abgebrochen wurde. Diese Bewegung des Arztes/der Ärztin führte in jedem Fall zum Abbruch der Beschwerdeexploration der Patient/innen.

Auf der Bedeutungsebene wurde mit einer neuen Sequenz eine Episode, entweder eine neue Hauptepisode oder eine neue Unterepisode gestartet. Blutdruck- und Pulsmessung sowie die Medikation waren Hauptepisoden in beiden Beispielgesprächen. Diese Episoden gaben einen inhaltlichen Rahmen zur Ausarbeitung der SKT-Komponente Identität - wahrgenommene Symptome, Laiendiagnose, angelehnt an Blutdruck- und Pulsmessung - und Kontrollierbarkeit, in Anlehnung an die Episode der Medikation. Die Episode der Medikation ermöglichte der Patientin im Gespräch A auch die SKT-Komponente „emotionelle und körperliche Auswirkungen der Krankheit“ zu äußern: „Ist es nicht zu viel (nämlich die verordneten Medikamente), ich *hasse* schon so diese Medikamente.“, oder später: „Ich lebe *nur noch durch Medikamente*...“. Im Gespräch B sprach der Patient über die Auswirkungen seiner jetzigen Beschwerde, der zu niedrigen Pulszahl, überhaupt nicht. Für ihn war die mögliche Ursache der niedrigen Pulszahl wichtig. Als Grund dafür nannte er das verschriebene Medikament, das er deswegen von selbst abgesetzt hat.

Nach der Feststellung der interaktiv ausgehandelten SKT in den Gesprächen A und B ergibt sich die Frage, wie weit die interaktive Ausarbeitung der SKT strukturell bestimmt ist, gibt es bestimmte Punkte in der Gesprächsstruktur, wo sie größeren Raum bekommen können, und andere, wo sie nicht geäußert werden können? Zur Beantwortung der Frage wurden Paarsequenzen in den zwei Gesprächen untersucht.

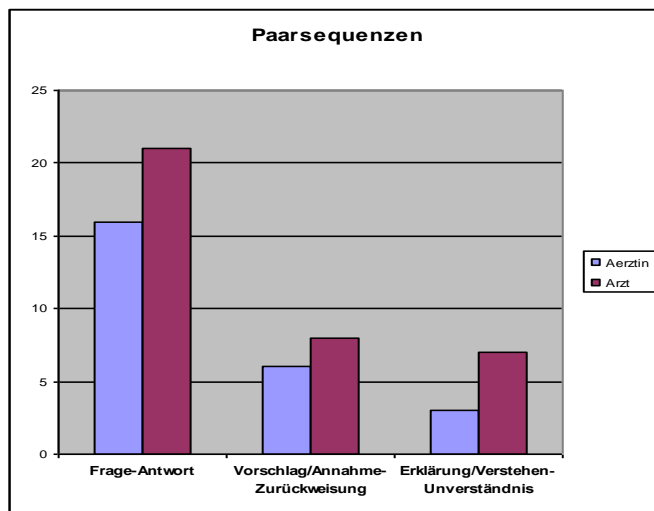


Abbildung 7

Am häufigsten kam die Paarsequenz Frage-Antwort vor, wo ganz wenig offene aber umso mehr geschlossene und gezielte Fragen gestellt wurden. Obwohl es in dieser Paarsequenz



strukturell den größten Raum für SKT gab, wurde diese Möglichkeit durch die sprachliche Form der Fragen begrenzt. In den Sequenzen, wo von dem Arzt/der Ärztin etwas vorgeschlagen oder erklärt wurde, konnte den geäußerten SKT eine besondere Funktion zugeordnet werden. Durch ihre Äußerung wurde nämlich fraglich, ob der ärztliche Vorschlag angenommen oder abgelehnt, ob die Erklärung verstanden/akzeptiert oder missverstanden/zurückgewiesen wurde:

<b>Gespräch A</b>
<b>(Ä)Vorschlag:</b> „Wir sollten also Frau Nagy die Medikation verändern, Sie müssen statt zweimal, die Medikamente dreimal am Tag nehmen.“
<b>(P) Reaktion:</b> „Ist es nicht zu viel, ich hasse aber diese Medikamente!“
<b>(Ä) Erklärung:</b> „Es ist zu viel, aber wir müssen ihn (den Blutdruck) unter 140 halten.“
<b>(P) Reaktion</b> „Ich lebe aber nur noch durch Medikamente“

Abbildung 8

Im Gespräch B reagierte der Patient auf die Erklärungen des Arztes zu den möglichen Ursachen des zu niedrigen Pulses immer wieder mit der Mitteilung „die Puls sank aber auf 60“, also einem wahrgenommenen Symptom. Er hat im Gespräch nie explizit die ärztliche Argumentation – die niedrige Pulszahl könnte auch Ergebnis von falscher Messung sein – bezweifelt. Er wiederholte aber immer wieder die Tatsache der niedrigen Pulswerte.

SKT scheinen also ein Mittel in der Hand der Patient/innen zu sein, sich gegen ärztliche Anordnungen oder Argumentationen zu wehren.

Mit der Äußerung von SKT vermeiden sie die offene Konfrontation mit dem Experten. Ihre negativen institutionellen Vorerfahrungen könnten einen Grund dafür sein. Mit subjektiven Äußerungen versuchen sie, dem professionellen Wissen des Experten „entgegenzuwirken“, und einen (subjektiven) Raum zu schaffen, wo sie sich in Bezug auf ihre Krankheit äußern können, ohne ärztliche Domäne zu betreten oder zu verletzen, wo ihr Laienwissen vom Experten nicht bezweifelt werden kann.

Diese Interpretation der Rolle von SKT benötigt aber weitere Untersuchungen. Die geäußerten SKT sollen in jedem weiteren Gespräch einzeln und detailliert analysiert werden, bis hin in ihre Mikrostruktur, ihre sprachliche Verwirklichung, um ein umfangreiches Bild von ihren Komponenten, ihrer Funktionalisierung und ihrem Darstellungsverfahren gewinnen zu können.

### 10. Schlussbemerkung

Anhand der bisherigen Ergebnisse der Forschung kann zusammenfassend festgestellt werden, dass jedes Gespräch von der Episode der Medikation geprägt wurde. Sowohl individuelle Patientenziele, als auch institutionell bedingte Ziele der Experten steuerten die Gespräche zur näheren interaktiven Bearbeitung der Medikation, wobei für andere Themen deutlich weniger Zeit verwendet wurde. Bei interaktiv ausgearbeiteten SKT herrschten die Komponente „Identität“ und „Kontrollierbarkeit“ vor, die mit den wahrgenommenen Symptomen und der Medikamenteneinnahme im Zusammenhang stehen. Diesen Komponenten wird seitens der Experten mehr Interesse gewidmet, als z.B. den sozialen Auswirkungen der Krankheit. Es hält bei einer arztzentrierten Gesprächsführung die Aushand-

lungsmöglichkeiten weiterer subjektiven Vorstellungen der Patient/innen in Grenzen: bestimmt u.a. die Gesprächssequenzen, die Länge der Redebeiträge und die Art und Weise der Sprecherwechsel.

Obwohl die medikamentöse Therapie Kernstück der Behandlung von Hypertonie ist, und es auch sprachlich in den AP-Gesprächen nachweisbar war, können aus der medizinischen Statistik folgende Angaben zitiert werden: „der Anteil der erfolgreich behandelten Hypertonikern liegt nur bei 4 – 27%...“ (Hípertónia: *Háziorvos Továbbképző Szemle* 2: 34. 1997. 25) Als Hauptgrund dafür nennen die Fachleute die nicht entsprechende Medikamenten-Compliance der Hypertoniker. Wie linguistische Methoden zum Verstehen dieser negativen Statistik der Medikamenteneinnahme bei Hypertonikern beitragen können, bleibt auch im Nachhinein Hauptansatz der weiteren Forschungen.

### Literatur

BALCK – PREUSS 2008

BALCK, Friedrich – PREUSS, Michael: Die unterschiedliche Wahrnehmung und kognitive Repräsentation von Erkrankungen. *Wissenschaftliche Zeitschrift der TU Dresden* 57, Heft 3-4. 2008.

BIRKNER 2006

BIRKNER, Karin: Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. *Gesprächsforschung* Ausgabe 7. 2006. 1. [www.gepraechsforschung-ozs.de](http://www.gepraechsforschung-ozs.de)

CLARKE – ARGYLE 1997

CLARKE, D. D. – ARGYLE, M.: Beszélgetési szekvenciák. In: *Nyelv, Kommunikáció, Cselekvés*. Szerk. PLÉH Csaba – SÍKLAKI István – TERESTYÉNI Tamás. Budapest, OSIRIS KIADÓ, 1997. 565-602.

WÜSTNER 2001

WÜSTNER, Kerstin: Subjektive Krankheitstheorie als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 51. 2001. 308-319.