

DIE ENTWICKLUNG DES KRANKHEITSVERSTÄNDNISSES IM
THERAPEUTISCHEN GESPRÄCH.
EINE KONVERSATIONSANALYTISCHE UNTERSUCHUNG.

Magisterarbeit
zur
Erlangung der Würde
der Magistra Artium/des Magister Artium
der Philologischen, Philosophischen und Wirtschafts- und
Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät der
Albert-Ludwigs-Universität
Freiburg i. Br.

vorgelegt von

Anne-Maria Stresing

aus Göttingen

WS 2003/2004

Sprachwissenschaft des Deutschen

Inhalt

<u>1. Einleitung</u>	<u>1</u>
<u>2. Gegenstand und Fragestellung der Untersuchung</u>	<u>3</u>
2.1. Die Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“	3
2.2. Fragestellung und methodische Vorgehensweise	6
<u>3. Alltagskommunikation – Therapeutische Kommunikation</u>	<u>10</u>
3.1. Alltagskommunikation	11
3.2. Zum Verhältnis von Alltagskommunikation und therapeutischer Kommunikation	13
<u>4. Daten und Methode</u>	<u>19</u>
4.1. Zur Auswahl und Auswertung der Daten	19
4.2. Zur Methode der Konversationsanalyse	22
4.3. Transkriptionssystem	30
<u>5. Empirische Analyse</u>	<u>32</u>
5.1. Zum Konzept der „Aushandlung“	32
5.2. Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses: Therapeutische Verfahren und kritische Momente in Aushandlungsprozessen	36
5.3. Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses im Verlauf zweier Sitzungen	88
<u>6. Zusammenfassung</u>	<u>121</u>

1. Einleitung

In der vorliegenden Arbeit soll untersucht werden, wie das Krankheitsverständnis von Patienten im therapeutischen Gespräch entwickelt werden kann. Die Entwicklung wird dabei nicht als einseitiger Prozess auf Seiten des Patienten gesehen, sondern als gemeinsame Leistung von Therapeutin und Patient begriffen. Für diese Untersuchung wurden Gespräche ausgewählt, die im Rahmen der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“ der „Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Universitätsklinikums Freiburg“ geführt wurden. An dieser Studie nehmen Patienten teil, die körperliche Beschwerden ohne einen ausreichenden organischen Befund haben.

Ein Ziel der Studie ist es, ein von Therapeuten und Patienten geteiltes alternatives Krankheitsmodell zu entwickeln, „das subjektive Vorstellungen und psychosomatische Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der körperlichen Beschwerden integriert“ (Behandlungsmanual¹: 2).

Für meine Untersuchung habe ich mich auf Gesprächspassagen beschränkt, in der die Therapeutin² die Patienten mit der Möglichkeit konfrontiert, dass ihre Beschwerden psychische Ursachen haben könnten. Die Fragen, die sich im Hinblick auf diese Ausschnitte stellen, sind, wie die Therapeutin den Patienten ihr psychosomatisches Erklärungsmodell anbieten kann, wie der sich anschließende Aushandlungsprozess verläuft und ob am Ende der Aushandlung eine Abstimmung bzw. Einigung zwischen Therapeutin und Patient festgestellt werden kann.

Die Gespräche wurden mithilfe der Konversationsanalyse untersucht. Die Konversationsanalyse sieht die Produktion von Äußerungen als von den Interaktionsteilnehmern gemeinsam erbrachte Leistung. Sie eignet sich unter anderem deshalb sehr gut für die Analyse therapeutischer Gespräche, weil sie ihre Aufmerksamkeit auf sprachliche und interaktionelle Mikrostrukturen richtet.

Die Arbeit ist folgendermaßen gegliedert:

In Kapitel 2 werden zunächst Gegenstand und Fragestellung dieser Arbeit vorgestellt: Kapitel 2.1. stellt die Studie dar, in deren Rahmen die Gespräche durchgeführt wurden, Kapitel 2.2. erläutert die Fragestellung und ansatzweise auch bereits meine methodische Vorgehensweise. In Kapitel 3 wird auf Gesichtspunkte von Alltagskommunikation und therapeutischer

¹ Das Behandlungsmanual findet sich im Anhang dieser Arbeit.

² Die ausgewählten Passagen stammen aus Gesprächen, die jeweils von der gleichen Therapeutin durchgeführt wurden.

Kommunikation eingegangen: Kapitel 3.1. beschäftigt sich zunächst mit grundlegenden Aspekten der Alltagskommunikation, Kapitel 3.2. konzentriert sich auf das Verhältnis von Alltagskommunikation und therapeutischer Kommunikation.

Im 4. Kapitel wird in 4.1. zunächst die Auswahl und Auswertung der Daten besprochen. Dieses Kapitel greift auch noch einmal Fragen zur methodischen Vorgehensweise auf. In 4.2. wird der konversationsanalytische Untersuchungsansatz vorgestellt, das Transkriptionssystem wird in 4.3. erklärt.

Kapitel 5 enthält die empirischen Analysen. Zunächst wird in 5.1. der Begriff „Aushandlung“ erläutert, und es wird definiert, wie er in der vorliegenden Arbeit zu verstehen ist. In 5.2. werden einzelne Datenausschnitte analysiert. Der Schwerpunkt der Fragestellung liegt dabei auf den Verfahren der Therapeutin im Hinblick auf die Entwicklung des Krankheitsverständnisses. Außerdem werden auch kritische Momente der Aushandlungen berücksichtigt.

In Kapitel 5.3. liegt das Hauptaugenmerk auf der Nachzeichnung der Aufrechterhaltung des Erklärungsmodells über den Verlauf zweier Sitzungen.

Kapitel 6 fasst die Ergebnisse meiner Untersuchung zusammen.

In dieser Arbeit wurden die Regeln der neuen Rechtschreibung übernommen. Bei Zitaten aus Werken, die an der alten Rechtschreibung orientiert sind, wurde auf eine Angleichung an die neue Rechtschreibung verzichtet.

2. Gegenstand und Fragestellung der Untersuchung

2.1. Die Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“³

Die in der vorliegenden Arbeit analysierten therapeutischen Gespräche finden im Rahmen der auf drei Jahre angelegten Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“ statt.⁴ Die Studie wird von der „Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Universitätsklinikums Freiburg“ durchgeführt. Untersucht werden Patienten mit körperlichen Beschwerden ohne ausreichenden organischen Befund, die zur Diagnostik und Therapie in der Medizinischen Klinik und Neurologischen Klinik der Universität Freiburg aufgenommen wurden. Die Patienten werden in zwei Gruppen randomisiert, eine Gruppe besteht aus jeweils 48 Patienten. Die Interventionsgruppe wird psychosomatisch betreut, die Kontrollgruppe wird lediglich über psychosomatische Zusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten informiert (vgl. Seite der Deutschen Forschungsgemeinschaft). Einschluss- und Ausschlusskriterien der Patienten der Interventionsgruppe sind folgende:

Einschlusskriterien:

- Körperliche Beschwerden, die organisch nicht ausreichend erklärbar sind
- Hinweise auf psychosoziale Belastungen
- Alter: 18 bis 68 Jahre
- Dauer der Beschwerden: 3 Monate oder länger
- Mindestens fünf Arztbesuche *oder* zwei Krankenhausaufenthalte pro Jahr aufgrund dieser Beschwerden
- Ausreichende intellektuelle bzw. sprachliche Fähigkeiten

Ausschlusskriterien:

- Schwere organisch begründete oder psychiatrische Erkrankungen, z.B. Psychose
- Keine laufende psychotherapeutische Behandlung, die mehr als fünf Sitzungen umfasst bzw. keine psychotherapeutische Behandlung in den letzten zwei Jahren
- Akute Suizidalität
- Alkohol-und/oder Medikamentenmissbrauch
- Essstörungen

³ Unter psychosomatischen Krankheitsbildern versteht man solche, „bei denen faßbare organische oder zumindest funktionelle Veränderungen in ihrer Entstehung und ihrer Behandlung entscheidend durch die Psyche des Kranken bestimmt sind“ (Bräutigam, Christian 1986: 3).

Den Patienten werden während ihres Krankenhausaufenthaltes fünf Gespräche mit einem Psychotherapeuten angeboten; den Gesprächen geht im Regelfall ein Vorgespräch voraus. Dies kann jedoch nicht in allen Fällen garantiert werden. Die Dauer der Gespräche wird mit 60 Minuten veranschlagt; die mir zur Verfügung gestellten Gespräche dauern allerdings durchschnittlich ca. 45 Minuten. Für jedes Gespräch wurden bestimmte Aufgaben für die Therapeuten formuliert. Da die von mir ausgewählten Datenausschnitte ausschließlich aus den zweiten und dritten Sitzungen stammen, werden die Aufgaben für diese Stunden weiter unten etwas ausführlicher erklärt.⁵

Den Gesprächen liegen kognitiv-behaviorale, psychodynamische und interaktionelle Behandlungsansätze zugrunde, die speziell auf die Anforderungen von Patienten mit somatoformen Beschwerden zugeschnitten sind. Auch gesprächspsychotherapeutische sowie kurzzeittherapeutische Elemente werden integriert. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über die verschiedenen Ansätze gegeben.

Die kognitiv-behaviorale Therapie ist eine Verhaltenstherapie, die „innere“ Prozesse der Patienten berücksichtigt, wie z.B. den Umgang mit Wahrnehmungen und Vorstellungen (vgl. Fachlexikon ABC Psychologie 1995). Die Patienten, die an der Studie teilnehmen, werden beispielsweise aufgefordert, ein Symptomtagebuch zu führen, oder es wird ihnen angeboten, eine Entspannungsübung durchzuführen (siehe Behandlungsmanual im Anhang). Die psychodynamische Methode ist identisch mit einer psychoanalytischen Methode, die auf die unbewussten psychischen Prozesse sowie deren Einfluss auf das Erleben und Verhalten der Patienten abzielt.⁶ In diesem Sinne versuchen die Therapeuten z.B. eine These über den Grundkonflikt des Patienten aufzustellen. Der interaktionelle Ansatz bezieht sich auf die Beziehungsebene von Therapeut und Patient. So wird beispielsweise die in der Psychoanalyse streng eingehaltene Abstinenzregel (ein neutral-distanziertes Verhalten des Analytikers) zum Teil zugunsten der Therapeuten-Patienten-Beziehung vernachlässigt. Der Therapeut hält sich nicht nur im Hintergrund, sondern gibt auch etwas an den Patienten zurück. Die Gesprächspsychotherapie betont die Wichtigkeit der Beziehung von Therapeut und Patient. Der Patient soll ohne direktiven Eingriff des Therapeuten seinen Konflikt selbst erkennen. So werden z.B. Gesprächspassagen zusammengefasst oder der Patient wird mit eigenen Aussagen konfrontiert, diese Konfrontation wird auch „Spiegeln“ genannt. Der kurzzeittherapeutische Ansatz basiert zwar auf der Psychoanalyse, da aber der Zeitrahmen

⁴ Im Folgenden wird Bezug genommen auf das Informationsblatt der Studie, das Behandlungsmanual sowie auf die Zusammenfassung der Studie auf der Internetseite der Deutschen Forschungsgesellschaft (siehe Anhang).

⁵ Eine ausführliche Darstellung der einzelnen Sitzungen findet sich im angehängten Behandlungsmanual.

⁶ Die Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in Freiburg ist insgesamt tiefenpsychologisch bzw. psychoanalytisch ausgerichtet.

sehr begrenzt ist, in der Regel umfasst eine Kurzzeittherapie nicht mehr als 25 Stunden, kann die Konfliktbearbeitung nicht so ausführlich erfolgen wie bei einer klassischen psychoanalytischen Behandlung.⁷

Im Behandlungsmanual wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Therapie keine indizierte fachpsychotherapeutische Behandlung ersetzen will. Es geht zunächst darum, den Patienten mit Informationen zu versorgen und sich mit seinem subjektiven Krankheitskonzept auseinanderzusetzen.

Die Ziele der psychotherapeutischen Intervention werden im Behandlungsmanual folgendermaßen formuliert, wobei das letztgenannte Ziel als Hauptziel der Studie genannt wird:

1. Entwicklung eines **alternativen Krankheitsmodells** gemeinsam mit dem Patienten, das subjektive Vorstellungen und psychosomatische Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der körperlichen Beschwerden integriert.

2. Förderung der emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten und der Akzeptanz unerwünschter **Affekte** wie Wut, Ärger, Enttäuschung, Angst. Dies führt zu einer deutlichen Entlastung der Abwehr⁸ und zum Abbau emotionaler Spannungen. Interaktionsprobleme werden besser zugänglich.

3. Motivierung für eine **poststationäre Weiterbehandlung** mit Differentialindikation für die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren von der psychosomatischen Grundversorgung bis zur ambulanten und stationären Fachpsychotherapie.
(Behandlungsmanual: 2)

Den Therapeuten wird eine Grundhaltung während der Gespräche nahe gelegt, die verschiedene Elemente umfasst: So sollen sie die körperlichen Beschwerden der Patienten ernst nehmen und sollen dem Patienten nicht vorschnell psychosoziale Konflikte anbieten, die mit dem Krankheitsbild in Beziehung stehen könnten. Außerdem wird ihnen empfohlen, Ärger, Hilflosigkeit und Enttäuschung beim Patienten, beim behandelnden Team sowie beim Therapeuten selbst zu verbalisieren. Die Therapeuten sollen eine „bescheidene Zielsetzung [akzeptieren], die sich flexibel an den Möglichkeiten des Patienten orientiert“ (ibid.).

Üblicherweise finden die therapeutischen Gespräche in den Stationen der Neurologischen Klinik und der Medizinischen Klinik statt. In besonderen Fällen (beispielsweise, wenn eine

⁷ An dieser Stelle können die Behandlungsansätze nicht näher erläutert werden. Zum Teil wird auf die Techniken der einzelnen Ansätze in Kapitel 3 dieser Arbeit detaillierter eingegangen. Für einen guten Überblick sei verwiesen auf das Fachlexikon ABC Psychologie (1995).

⁸ Der Begriff „Abwehr“ kommt aus der Psychoanalyse und steht, verkürzt dargestellt, für unbewusst ablaufende Mechanismen, die unerwünschte Triebe zurückdrängen. Vgl. dazu auch: Fachlexikon ABC Psychologie (1995)

ungestörte Gesprächsatmosphäre erwünscht oder ein Patient besonders motiviert ist), finden die Gespräche in der Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin statt. Die Gespräche finden in einer face-to-face-Situation statt.

Da die analysierten Gespräche bis auf eine Ausnahme⁹ aus den jeweils zweiten und dritten Sitzungen eines Therapieverlaufes stammen und die für diese Sitzungen beschriebenen Therapeutenaktivitäten wesentlich für meine Fragestellung sind, soll hier kurz ein Überblick über diese Sitzungen gegeben werden. In der zweiten Sitzung erhalten die Patienten, wie bereits im Erstgespräch, die Möglichkeit, über ihre körperlichen Beschwerden und die bisher gemachten Erfahrungen im Krankenhaus zu berichten. Da die Untersuchungsergebnisse meist wenig oder keine Rückschlüsse auf organische Krankheiten zulassen, haben die Patienten oft die Befürchtung, auch aufgrund der zum Teil unangemessenen Rückmeldung der Ärzte, als Simulant eingeschätzt zu werden. Aufgabe des Therapeuten ist es, die daraus resultierenden negativen Gefühle gezielt anzusprechen. Auch andere Emotionen sollen thematisiert werden. Im zweiten Gespräch werden den Patienten auch erstmals psychophysiologische Zusammenhänge erklärt, die zu einem mehr psychosomatischen Krankheitsverständnis beitragen sollen (Modelle siehe Behandlungsmanual: 5,7). Den Patienten wird angeboten, gemeinsam mit dem Therapeuten eine Entspannungsübung durchzuführen, die die Autonomie und Kompetenz an den Patienten zurückgeben soll. Zum Teil werden die Patienten dazu angeregt, ein so genanntes 'Symptomtagebuch' zu führen, das die Gedanken und Gefühle während der körperlichen Beschwerden dokumentieren soll. Im dritten Gespräch werden die Patienten erneut dazu aufgefordert, ihre körperlichen Beschwerden zu erläutern. Sie erhalten auch, wie bereits zuvor, die Gelegenheit, mögliche Enttäuschungen über nicht vorhandene oder unzureichende organische Befunde zu verbalisieren. Der Therapeut soll die Patienten wiederum vorsichtig auf einen eventuellen Zusammenhang zwischen den Symptomen und emotionalen Belastungen hinweisen, ihnen also ein psychosomatisches Modell anbieten.

2.2. Fragestellung und methodische Vorgehensweise

Meine Fragestellung ergibt sich aus dem ersten für die psychotherapeutische Intervention formulierten Ziel, das hier noch einmal zitiert werden soll:

Es geht um die „Entwicklung eines **alternativen Krankheitsmodells** gemeinsam mit dem Patienten, das subjektive Vorstellungen und psychosomatische Zusammenhänge bei der

Entstehung und Aufrechterhaltung der körperlichen Beschwerden integriert“ (Behandlungsmanual: 2)

Diese Aufgabe des Therapeuten, die im Behandlungsmanual in Bezug auf die Interaktionsebene auch als „Abstimmung über ein gemeinsames Krankheitsverständnis“ (Behandlungsmanual: 6) paraphrasiert wird, wird als eine „komplizierte Gradwanderung [sic]“ bezeichnet, „die vom Psychotherapeuten viel Einfühlungsvermögen in das körperliche Empfinden des Patienten und seiner Abwehrprozesse gegenüber der Bewusstwerdung psychischer Konflikte erfordert“ (ibid.).

Es kann natürlich nicht im Sinne einer konversationsanalytischen Untersuchung sein, psychische Prozesse (z.B. Abwehrmechanismen) der Patienten zu eruieren; vielmehr geht es darum, die konversationellen Aktivitäten und die Interaktion der Gesprächspartner (während eines solchen Abstimmungsprozesses) zu beschreiben.¹⁰

Bevor die Fragestellung näher erläutert wird, sollen hier zunächst kurz die wesentlichen Prämissen vorgestellt werden, die dieser Arbeit zugrunde liegen:

Ich gehe mit Sabine Streeck davon aus, dass sich Therapeut und Patient als „gleichermaßen kompetente `Kenner` alltäglicher Interaktionsmechanismen gegenüber treten und mit diesen Mitteln ein je spezifisches, singuläres `Therapiegespräch` erzeugen“ (Streeck 1989: 19).

Die theoretische Annahme nämlich, dass psychotherapeutische Kommunikation aufgrund der therapeutischen Konzepte grundsätzlich von alltäglicher Kommunikation abweicht, schränkt von vornherein den analytischen Blickwinkel ein. Sie birgt zudem die Gefahr, dass therapeutische Kategorien in konversationsanalytische Begriffe transponiert werden und mit diesen Begriffen dann das therapeutische Gespräch beschrieben wird (vgl. Flader/Koerfer 1983: 67). Damit sei nicht gesagt, dass die Methoden der therapeutischen Interaktion prinzipiell gleichgesetzt werden können mit den Methoden alltagsweltlicher Kommunikation. Es soll nur nicht von vornherein unterstellt werden, dass sich therapeutische Gespräche allein durch einen spezifisch therapeutischen Kontext von Mustern der Alltagskommunikation unterscheiden.¹¹ Die Gesprächsteilnehmer in einem alltäglichen Kontext, und das ist eine wesentliche Grundannahme der Ethnomethodologie, handeln gemeinsam und zeigen sich gegenseitig an, wie ihre Äußerungen verstanden werden sollen; sie liefern die praktischen Erklärungen und Beschreibungen (`accounts`) ihrer Äußerungen gleich mit (vgl. Heritage

⁹ Der Ausschnitt der ersten Analyse aus Kapitel 5.2. wurde der vierten Sitzung entnommen.

¹⁰ In diesem Sinne können therapeutische Techniken, wie beispielsweise spezifische Formen der Einfühlung/Empathie (und hier z.B. die Übernahme der Patientenperspektive) und ihre Auswirkungen auf den Verlauf des Gespräches untersucht werden (vgl. Sandig 1990: 176).

¹¹ Weitere Ausführungen zum Verhältnis von therapeutischen Kommunikationsformen und alltäglichen Gesprächsmustern finden sich in Kapitel 3 dieser Arbeit.

1984: 177/Garfinkel 1967:1).¹² Genau dies soll auch für Gesprächspartner in einer therapeutischen Sitzung angenommen werden. Therapeut und Patient begegnen sich zunächst als Kenner der Alltagssprache und orientieren sich im wesentlichen an alltagsweltlichen Mustern, „und erst nach und nach konstituiert sich `Therapie´ als eine soziale Einrichtung mit möglicherweise spezifischen Regeln“ (Streeck 1989: 20).

An den Stellen der von mir ausgewählten Datenausschnitte, an denen mögliche spezifische Muster der therapeutischen Kommunikation festgestellt werden können (oder an denen es zu möglichen Konflikten von therapeutischen und alltagsweltlichen Kommunikationsformen kommt), soll darauf näher eingegangen werden. Mögliche Parallelen von oder Unterschiede zwischen Alltagskommunikation und therapeutischer Kommunikation sollen allerdings nicht systematisch untersucht werden.

Die Psychotherapie muss von einem gemeinsamen Handeln, von einer interaktionellen Leistung der Gesprächspartner ausgehen. Sie muss darauf vertrauen, dass Therapeuten gemeinsam mit den Patienten etwas erreichen können, dass durch die (sprachliche) Interaktion eine Heilung eintreten kann. Krankheit und Krankheitsverständnis können insofern nicht als Produkt eines isolierten Individuums angesehen werden. Die Veränderung und Entwicklung des Verständnisses müssen interaktionell aushandelbar sein¹³, sie können als kommunikatives Produkt der Interaktion verstanden werden (vgl. Frankel 1984: 141). Dieser Auffassung soll in der Analyse Rechnung getragen werden.

Die Fragen, die sich ergeben, sind nun: Wie kann der Psychotherapeut gemeinsam mit dem Patienten dessen Krankheitsverständnis (weiter)entwickeln? Wie kann es dem Therapeuten gelingen, zusammen mit dem Patienten ein Krankheitsmodell auszuhandeln, das vom Patientenverständnis möglicherweise abweichende, wie z.B. psychosomatische, Erklärungsmuster, beinhaltet?

Für die Analysen wurden Sequenzen ausgewählt, in denen den Patienten von Therapeutenseite psychosomatische Erklärungsmodelle angeboten werden. Die Therapeutin konfrontiert die Patienten, mal expliziter, mal impliziter, mit der Möglichkeit, dass ihre Beschwerden psychische Ursachen haben könnten. Sie stellt eine Art These zum Krankheitsverständnis der Patienten auf. Dabei muss es sich allerdings nicht immer um die Beschwerden handeln, deretwegen die Patienten die Klinik aufgesucht haben. Es werden auch Sequenzen berücksichtigt, in denen die Therapeutin den Patienten ein Erklärungsmodell anbietet, das sich auf ihre Kindheit bezieht oder auf Beschwerden (wie z.B.

¹² Ausführliche Bemerkungen zur Ethnomethodologie und Konversationsanalyse siehe Kapitel 4.2 dieser Arbeit.

¹³ Zur Definition und Differenzierung des Aushandlungsbegriffes siehe Kapitel 5.1 dieser Arbeit.

Gewichtszunahme), die zusätzlich zu den körperlichen Beschwerden aufgetreten sind (und die eventuell auch Symptome für eine psychische Belastung sein können).

Natürlich soll damit nicht unterstellt werden, dass nur in diesen Gesprächsabschnitten die Möglichkeit besteht, an dem Krankheitsverständnis des Patienten zu arbeiten. Diese Abschnitte eignen sich aber sehr gut für meine Fragestellung, da der Patient dort explizit mit einem psychosomatischen Modell konfrontiert wird, sein Krankheitsverständnis also direkt berührt wird und so eine Auseinandersetzung des Patienten mit diesem Krankheitsmodell beobachtbar und nachvollziehbar ist.

Die Fragen, die sich in bezug auf diese Sequenzen stellen, sind folgende:

- Wie bietet die Therapeutin den Patienten das psychosomatische Erklärungsmodell an, welche Verfahren setzt sie ein?
- Wie reagieren die Patienten unmittelbar auf diese Modelle?
- Wie gestaltet sich der weitere Aushandlungsprozess?

Und die übergeordnete Frage, die sich anschließt, ist:

- Inwieweit kommt es zu einer Abstimmung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses?

Zunächst wurden Datenausschnitte ausgewählt, die als Einzelanalysen untersucht werden sollen. Ich verzichte bei diesen Analysen darauf, mich auf zuvor stattgefundenene ähnliche Gesprächsabschnitte zu beziehen, und auch die Sequenzen zwischen den Ausschnitten bleiben unberücksichtigt. Es wird allerdings zum besseren Verständnis jeweils zu Beginn der Ausschnitte eine kurze Information zum sequentiellen Kontext gegeben, und auch aus dem aktuellen Text nicht verständliche Bezugnahmen werden aus der Kenntnis vorangegangener Gesprächsabschnitte erklärt. Inwieweit eine Abstimmung über das Krankheitsverständnis erfolgt ist, kann für diese Analysen nur für die aktuelle Sequenz beantwortet werden.

Die sich an die Einzelanalysen anschließende Verlaufsanalyse zeichnet den Aushandlungsprozess anhand einzelner Datenausschnitte über den Verlauf von zwei Therapiesitzungen (zweite und dritte Sitzung) eines Patienten nach. Bei den für diese Analyse ausgewählten Datenausschnitten wird untersucht, ob und wie die Therapeutin an ihrem Erklärungsmodell festhält. Außerdem soll beantwortet werden, ob, und wenn ja, inwieweit,

sich das Krankheitsverständnis des Patienten am Ende des dritten Gesprächs (der zweiten von mir untersuchten Sitzung) entwickelt und verändert hat.

Natürlich ist es, wie oben bereits angedeutet, nicht legitim, allein die von mir untersuchten Sequenzen als Grundlage für eine mögliche Veränderung des Krankheitsverständnisses heranzuziehen bzw. anhand der Ausschnitte eine endgültige Aussage über eine Entwicklung des Krankheitsverständnisses zu treffen. Die Analysen dieser Sequenzen können aber ein Mosaikstein sein, der Aufschluss darüber gibt, wie eine Veränderung oder Entwicklung (oder ein Weg dorthin) in der therapeutischen Interaktion ablaufen kann, und sie können eventuell auch dazu beitragen, mögliche interaktionelle Probleme aufzuspüren, die über die von mir analysierten Datenausschnitte hinausweisen.

3. Alltagskommunikation – Therapeutische Kommunikation

Wie in der Fragestellung bereits beschrieben, gehe ich nicht von vornherein davon aus, dass therapeutische Kommunikation grundlegend von alltäglicher Kommunikation abweicht. Oft jedoch wird therapeutische Kommunikation als systematische Abweichung von alltäglichen Kommunikationsmustern aufgefasst. Im Folgenden soll ein Überblick über verschiedene Arbeiten gegeben werden, die die Frage nach eventuellen Unterschieden der beiden Kommunikationsformen aufgegriffen und für sich beantwortet haben. Es wurden Arbeiten ausgewählt, die sich mit psychoanalytischen und gesprächspsychotherapeutischen Ansätzen befassen. Genau diese Ansätze werden u.a. integrativ von der Therapeutin verwendet, die die hier untersuchten Gespräche führt. Die vorgestellten Arbeiten orientieren sich, mehr oder weniger konsequent, an einem ethnomethodologischen bzw. konversationsanalytischen Ansatz.

Bevor jedoch näher auf die Unterschiede eingegangen wird, soll zunächst der Begriff Alltagskommunikation kurz erklärt werden, um so eine Basis zu schaffen auf der die möglichen Abweichungen therapeutischer Gesprächsformen beschrieben werden können.¹⁴

¹⁴ Der Begriff „Alltagskommunikation“ wird im nachfolgenden Kapitel nur äußerst knapp und simplifiziert und im Hinblick auf im nachfolgenden Unterkapitel postulierte Abweichungen, Suspendierungen bzw. Gemeinsamkeiten dargestellt. Einen guten Überblick über den Begriff und Voraussetzungen der Alltagskommunikation liefern Matthes und Schütze (1973) sowie Zimmermann und Pollner (1976).

3.1 Alltagskommunikation

Bei den folgenden Ausführungen zur Alltagskommunikation beziehe ich mich auf ethnomethodologische Ansätze. Alltagswissen bzw. das von diesem Begriff abgeleitete Konzept der Alltagstypisierungen wird von Harold Garfinkel und Aaron Cicourel in Anlehnung an Alfred Schütz auch „common-sense knowledge of everyday life“ bzw. „common-sense typifications“ genannt (vgl. Matthes, Schütze 1973: 16).

Voraussetzung für die Alltagskommunikation ist ein ‚Alltagswissen‘, ein ‚Jedermannswissen‘, „welches ich mit anderen in der normalen, selbstverständlich gewissen Routine des Alltags gemein habe“ (Berger, Luckmann 1980: 126). Damit eine Interaktion möglich ist, müssen Interaktionspartner annehmen, dass dieses Wissen auch ihrem Gegenüber zur Verfügung steht, die Welt wird als intersubjektive Welt erfahren (vgl. Zimmermann, Pollner 1976: 69).

Frühere Erfahrungen, die man in ähnlichen Situationen gemacht hat, dienen als Grundlage für das eigene Verhalten und für eine Einschätzung über das Verhalten der Interaktionspartner. Dabei ist es keineswegs so, dass das Alltagswissen bewusst eingesetzt wird, es besteht vielmehr aus „verschiedenen Schichten unbewussten und unreflektierten Routinewissens“ (Matthes, Schütze 1973: 22). Jedes Gesellschaftsmitglied setzt sowohl persönliches als auch gruppenspezifisches Alltagswissen ein (vgl. *ibid.*: 21).

Da der Mensch in eine bereits existierende, organisierte Welt hineingeboren wird, muss er mit der Welt als „fortwährend bestehende Bedingung aller Vorhaben der Mitglieder“ (Zimmermann, Pollner 1976: 69), den „objektiven Strukturen“ (*ibid.*) umgehen können, wenn er erfolgreich handeln will. Er muss daher voraussetzen, dass die soziale Welt oder der entscheidende Aspekt in seiner aktuellen Situation „tatsächlich oder potentiell durch Regeln oder durch Rezepte erfahren wird oder erfahrbar ist“ (*ibid.*: 70).

In der Alltagsinteraktion gibt es grundlegende Inkompatibilitäten zwischen den Interaktionspartnern (wie z.B. ihre unterschiedlichen Identitäten oder die Vagheit der in der Interaktion verwendeten Begriffe), die durch „praktische Idealisierungen“ (Schütz 1962) bewältigt werden können.

Diese Idealisierungen stellen für die Handelnden keine größeren Herausforderungen dar, sie laufen routiniert und selbstverständlich ab.

Cicourel (1973a, 1973b) hat in Anlehnung an Schütz so genannte Interpretationsverfahren formuliert. Das sind Regeln, die es den Interaktanten ermöglichen, die oben genannten Unvereinbarkeiten zu überwinden. Die wichtigsten sollen hier genannt werden:

- Reziprozität der Perspektiven: Diese Regel gliedert sich in zwei Teile: Zum einen gehen Sprecher und Hörer davon aus, dass sie, würden sie ihre Rollen tauschen, die gleichen interaktiven Erfahrungen machen würden. Zum anderen lassen die Interaktionspartner Unterschiede außer Acht, die durch ihre persönlichen Bedeutungszuschreibungen entstehen.
- Et-cetera-Annahme: Diese besteht „in der Fähigkeit des Handelnden, mit einem gegebenen lexikalischen Item, einer Kategorie oder einer Phrase als einem Index eines umfassenderen Bedeutungszusammenhanges umzugehen“ (Cicourel 1973b:177). Aufgrund der Vagheit der Begriffe müssen Interaktionspartner die Bedeutung eines „lexikalischen Items“ ausfüllen. Die Bedeutungszuschreibung erfolgt prospektiv-retrospektiv: Die Interaktanten können einem Begriff eine vorläufige Bedeutung zuschreiben, unter der Annahme, dass sich diese Bedeutung rückwirkend klärt.
- Vorstellung der Typisierungen gängiger Art: „Wenn ich meinem Mitmenschen gegenüber trete, bringe ich in jede konkrete Situation einen Bestand an vorgebildetem Wissen mit, das ein Netzwerk von Typisierungen menschlicher Individuen ganz allgemein, von typischen menschlichen Motivationen, Zielen, und Handlungsmustern umfasst. Er beinhaltet außerdem Wissen von Schemata expressiver und interpretativer Art, von objektiven Zeichensystemen und im besonderen Wissen der einheimischen Sprache“ (ibid.).
(vgl. auch Cicourel 1973a: 84f.)¹⁵

Gesprächspartner können sowohl die Rolle des Sprechers als auch die Rolle des Hörers annehmen. Duncan definiert den Sprecher als Teilnehmer einer Konversation „who claims the speaking turn at any given moment“ (Duncan 1972: 286), ein Hörer ist ein Teilnehmer „who does not claim the speaking turn at any given moment“ (ibid.). Jeder Hörer kann die Sprecherrolle einnehmen und damit einen Sprecherwechsel vollziehen.¹⁶ Der Sprecher kann mit unterschiedlichen Signalen anzeigen, dass er weitersprechen möchte (z.B. durch bestimmte Tonhöhenbewegungen oder gefüllte Pausen) oder dass er das Rederecht abgeben möchte (z.B. durch so genannte ‘turn yielding signals’ wie z.B. die syntaktische Komplettierung der Redeeinheit, fallende Lautstärke etc., vgl. ibid.: 286f.). Er kann auch

¹⁵ vgl. dazu auch Garfinkel (1967)

¹⁶ Zu einer ausführlichen Beschreibung des Sprecherwechsels siehe Kapitel 4.2. „Zur Methode der Konversationsanalyse“

durch bestimmte Techniken Feedback vom Hörer einfordern (z.B. durch so genannte 'tag questions' wie 'ne' am Ende einer Redeeinheit).

Auch dem Hörer steht eine Vielzahl an Möglichkeiten zur Verfügung, den Sprecher zu begleiten und damit auch die Äußerungen des Sprechers interaktiv mitzubestimmen. Auf nonverbaler oder paraverbaler kann er durch die Art seines Blickkontaktes, durch Mimik und Gestik sowie durch Lachen oder Stöhnen anzeigen, wie er die Äußerungen des Sprechers aufnimmt. Auf verbaler Ebene kann der Hörer Rückmeldesignale wie 'hm=hm' oder 'ja' geben. Er kann auch den Satz des Sprechers komplettieren, klärende Nachfragen stellen oder das vom Sprecher unmittelbar zuvor Geäußerte reformulieren (vgl. *ibid.*: 288).

3.2. Zum Verhältnis von Alltagskommunikation und therapeutischer Kommunikation

Zunächst soll das Verhältnis von psychoanalytischen Ansätzen zu alltagsweltlichen Gesprächen näher beleuchtet werden, bevor dann auf die Beziehung von der Gesprächspsychotherapie zu Alltagsgesprächen eingegangen wird.

Das Thema in einem psychoanalytischen setting ist nicht von vornherein determiniert, dem Patienten steht es, zumindest am Beginn der Sitzung, frei, ein Thema zu wählen (vgl. Wilke 1992: 72). Wolff und Meier machen darauf aufmerksam, dass sich die Themenfindung in einer Therapiestunde nicht von der Themenfindung in alltäglichen Situationen unterscheidet (vgl. Wolff, Meier 1995: 57). Dem Gesprächspartner steht es immer frei, eine themeninitiiierende Handlung aufzugreifen, abzublocken, nicht zur Kenntnis zu nehmen oder zu kontern (vgl. *ibid.*). Daher stellt Wolff fest: „Ein Gesprächsthema, etwa ein persönliches Problem, ist also primär eine sozial und nicht eine psychologisch konstituierte Einheit“ (*ibid.*). Dennoch kann es durch die Grundregel der Psychoanalyse, die 'freie Assoziation', bei der der Patient dazu ermuntert wird, alles zu äußern, was ihm in den Sinn kommt, zu einer anderen Form der Themenentfaltung kommen: In Alltagsgesprächen vermeiden es Gesprächspartner in der Regel, ihre Themen ungeordnet zu bestimmen, auch peinliche und intime Themen werden eher vermieden. Gerade diese Ungeordnetheit und das Aufgreifen auch peinlicher Themen ist ein wichtiger Bestandteil therapeutischer Kommunikation (vgl. Wilke 1992: 73). Durch die 'freie Assoziation' bestreitet der Patient den größten Teil der Sitzung. Der Therapeut bleibt weitestgehend im Hintergrund, er hält „so weit dies möglich ist, alle Informationen zurück, die dem Patienten Aufschluß über seine persönlichen Interessen,

Bedürfnisse, Präferenzen und speziell persönlichen Reaktionen auf dessen Äußerungen geben könnten“ (Flader 1982: 27). Flader weist darauf hin, dass diese asymmetrische Kommunikationssituation das für Alltagsgespräche gültige Prinzip außer Kraft setze, dass es nämlich auf längere Sicht keine allzu großen Differenzen in Bezug auf das wechselseitige Wissen über den anderen geben dürfe (ibid.).

Sandig nimmt an, dass aufgrund dieser Anonymität des Therapeuten die Regel der Reziprozität der Perspektiven gestört ist (Sandig 1990). Diese Annahme wird von Wilke jedoch bestritten, die diese Interpretation der 'Reziprozitätsregel' als zu eng ansieht. Sie geht vielmehr davon aus, „dass die Erwartung, dass sich jemand in meine Lage zu versetzen weiß, verallgemeinerbar über den konkreten Gesprächskontext hinausgeht und sich letztendlich auf idealtypische Erwartungen bezieht, die ich allgemein an Kommunikationspartner meiner Kultur und Gesellschaftsform habe“ (Wilke 1992: 73).

Das klassische psychoanalytische Arrangement sieht vor, dass der Patient auf einer Couch liegt und der Therapeut hinter ihm sitzt. Flader weist darauf hin, dass diese Anordnung die Anonymität des Therapeuten erhöht und dass sie wesentliche Voraussetzungen einer face-to-face-Kommunikation untergräbt: Dem Patienten ist es nicht möglich, Blickkontakt mit dem Therapeuten aufzunehmen bzw. die Reaktionen des Therapeuten auf seine Äußerungen zu überprüfen (Flader 1982: 27).

Dem Therapeuten kommt während des Gespräches eine spezielle (Hörer-)Rolle zu. Er positioniert sich vorwiegend als Hörer, übernimmt nur selten von sich aus das Rederecht, und selbst, wenn es ihm vom Patienten angetragen wird, übernimmt er es meist nicht.

Turner macht darauf aufmerksam, dass die Therapeuten aufgrund einer speziellen Hörerrolle das Gespräch kontrollieren können: Sie verweigern dem Patienten, nachdem dieser eine „erste Handlung“ ausgeführt hat, die korrespondierende „zweite Handlung“ (vgl. Turner 1972). Zum Beispiel geben sie auf eine vom Patienten gestellte Frage keine Antwort.¹⁷ Der Patient wird somit dazu verpflichtet weiter zu sprechen. Seine Beiträge sind daher stark monologisch ausgeprägt (vgl. Flader 1982: 25). Turner entwickelt aus seiner anhand einer Gruppentherapie gemachten Beobachtung eine Konsequenz für das therapeutische Gespräch: Er bezieht sich auf Sacks, der festgestellt hat, dass das Ineinandergreifen sukzessiver Äußerungen es dem Sprecher ermöglicht zu kontrollieren, ob seine Äußerung vom Gesprächspartner verstanden wurden. Da es der Therapeut systematisch vermeidet, sukzessive Äußerungen zu liefern, kann der Patient „[...] zu der Feststellung gelangen [...], dass [sein] gesamtes Gespräch und jeder einzelne Teil davon erklärungsbedürftig sind [...]“ (Turner 1976: 181).

Fragen des Patienten bleiben im psychoanalytischen Gespräch allerdings nicht immer unbeantwortet. Der Therapeut kann eine Patientenfrage 'beantworten', in dem er eine Gegenfrage an den Patienten stellt, beispielsweise welche Assoziationen dem Patienten zu seiner Frage einfallen. Psychoanalytiker sind der Auffassung, dass so unbewusste Motive des Patienten zum Vorschein kommen (vgl. Streeck 1989: 48). Da dieses Vorgehen weitgehend als therapiespezifische Regel aufgefasst wird, wird oftmals für therapeutische Kommunikation eine „Suspendierung der Kommunikationsregeln“ unterstellt (ibid.). Streeck macht jedoch darauf aufmerksam, dass es auch in Alltagsgesprächen durchaus üblich ist, eine Frage mit einer Gegenfrage zu beantworten, z.B. „Warum willst Du das wissen?“ oder Ähnliches. Insofern sind die „therapeutischen Handlungen [...] also zunächst mit alltäglichen Konversationsverfahren identisch und müssen nicht immer zwangsläufig an das Besondere ihres Gesprächstyps zurückgebunden werden“ (ibid.: 49).

Der Therapeut hält sich zwar weitgehend mit eigenen Äußerungen zurück, er kann aber durch gezielten Einsatz von Hörersignalen die Patientenäußerungen unterstützen bzw. den Patienten zur Fortsetzung seiner Äußerung einladen. Für die Alltagskommunikation hat Ehlich für das Hörersignal 'hm' festgestellt, dass der Hörer mit diesem Signal je nach Intonationsverlauf Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung ausdrücken kann (Ehlich 1979). Flader und Koerfer nehmen an, dass sich die Funktion der durch den Therapeuten geäußerten 'hms' verschiebt: Der Einsatz von Therapeuten-'hms' dient weniger dazu, Übereinstimmung bzw. Nicht-Übereinstimmung auszudrücken, vielmehr ist der Einsatz „durch den Anspruch des Patienten [geprägt], vom Analytiker verstanden zu werden“ (Flader, Koerfer 1983: 82). So werden die 'hms' eher als verständnissichernde Rückbestätigung (die Dimension der „Rezeption“) und als Aufforderung an den Patienten weiter zu sprechen (die Dimension der „Redeoption“) eingesetzt (vgl. ibid.).

Flader charakterisiert den Therapeuten als „partiell 'anormale[n]“ Hörer (Flader 1982: 32). Um unbewusste Konflikte des Patienten herauszufinden, konzentriert er sich hauptsächlich auf die nicht-intentionalen Anteile der Patientenäußerungen oder, anders ausgedrückt: „[D]ie Äußerungen des Patienten sind für den Analytiker in erster Linie relevant als Manifestation eines unbewußten Beziehungsmusters“ (ibid.). Der Therapeut versucht, dem Patienten mit gezielten Äußerungen seinen unbewussten Konflikt verfügbar zu machen. Er tut dies in Form einer Deutung, die einen wesentlichen Bestandteil der Therapeutenaktivität ausmacht.

Flader und Grodzicki kategorisieren die Deutung als „eine Antwort auf eine Frage, die der Patient nicht gestellt hat“ (Flader, Grodzicki 1987: 39). Sie gehen davon aus, dass es in

¹⁷ Im Normalfall macht eine Frage eine Antwort 'konditionell relevant'. Eine Frage-Antwort-Sequenz gilt als

alltäglichen Situationen als ungewöhnlich und aggressiv gelte, wenn ein Gesprächspartner das Verhalten seines Gegenübers deute (vgl. Flader, Grodzicki 1982: 142) und sie merken an: „Es widerspricht dem gemeinschaftlichen Charakter von alltäglichen Interaktionen, sich in einer Zweierbeziehung wechselseitig zu deuten“ (ibid.). Streeck hält dem entgegen, dass es in sozialer Konversation durchaus üblich ist, dass Sprecher „die Situation, in der sie sich befinden, sowohl organisieren als auch `deuten`, d.h. den Stand ihrer Beziehung definieren und nach Maßgabe ihres Verständnisses interpretieren“ (Streeck 1989: 50). Streeck führt in diesem Zusammenhang die Interpretationsverfahren Cicourel's (vgl. Cicourel 1973a, 1973b) an, die den Gesprächspartnern als „anwendungsbezogenes Wissen“ (Streeck 1989: 50) zur Verfügung stehen.

Schröter hat angemerkt, dass der Patient durch die Technik der Deutung als „Person definiert [wird], die selbst nicht weiß, was sie mit ihren Äußerungen sagt“ (Schröter 1974: 51). Dem Patienten werde somit die Zurechnungsfähigkeit aberkannt, deren Unterstellung in der Alltagskommunikation „eine unabdingbare Voraussetzung ungestörter Kommunikation“ (ibid.) sei. Schröter führt Habermas an, der die Grundlage von Intersubjektivität dadurch gegeben sieht, dass sich die Interaktionspartner gegenseitig Zurechnungsfähigkeit unterstellen (vgl. ibid.). Klann weist diese Annahme zurück. Sie geht vielmehr davon aus, dass sich auch Handlungspartner in alltäglicher Kommunikation sowohl Zurechnungsfähigkeit wie auch Unzurechnungsfähigkeit unterstellen (vgl. Klann 1977: 146), und sie hält fest:

Intersubjektivität sehe ich empirisch nicht darin eingelöst, daß sich die Handlungspartner wechselseitig kontrafaktisch Zurechnungsfähigkeit unterstellen, wie Habermas meint, sondern sie ist eher dadurch in realitätsangemessener Weise einlösbar, daß Zurechnungs- und Unzurechnungsfähigkeit zugleich unterstellt und akzeptiert, und so in den gegebenen Grenzen intersubjektiv korrigierbar wird. (ibid.)

Wilke weist darauf hin, dass ein psychoanalytischer Therapeut auch insofern ein besonderer Gesprächspartner ist, da mögliche Störungen in den therapeutischen Sitzungen nicht sanktioniert werden. Auch führen Störungen nicht, wie es in alltäglichen Situationen durchaus möglich ist, zu einer Abwendung des Gesprächspartners und letztendlich zu einem Abbruch der Beziehung. (vgl. Wilke 1992: 73).

Ebenso wie für die Psychoanalyse wurden auch für die Gesprächspsychotherapie Abweichungen von bzw. Gemeinsamkeiten mit alltäglichen Kommunikationsmustern konstatiert, die im Folgenden vorgestellt werden.

¹Paarsequenz'. Vgl. dazu Kapitel 4.2.

Baus und Sandig stellen die These auf, dass der Gesprächspsychotherapeut mit dem Patienten ein Krisenexperiment¹⁸ veranstaltet. In Alltagsgesprächen ist die Vagheit der Äußerungen die Grundlage für eine funktionierende Kommunikation. Gerade diese Vagheit wird von dem Therapeuten jedoch durchbrochen: Er fordert den Patienten zu einer „totalen Sinnexplikation“ (Baus, Sandig 1985: 48) auf, indem er vom Patienten immer wieder einfordert, dass dieser den Sinn seiner Äußerungen erläutern soll (vgl. *ibid.*). Der Therapeut insistiert darauf, dass der Patient seine Schilderungen externer Begebenheiten zu seinen Gefühlen und Problemen in Beziehung setzt. In den von Garfinkel (1967) durchgeführten Krisenexperimenten, in denen Gesprächspartner zu einer `totalen Sinnexplikation` ihrer Äußerungen aufgefordert wurden, kam es von Seiten der `Versuchspersonen` meist zu einem Abbruch der Kommunikation. Um dies in der therapeutischen Kommunikation zu vermeiden, muss der Gesprächspsychotherapeut eine besondere Grundhaltung einnehmen. Er muss dem Patienten durch „Empathie und positive Wertschätzung“ (*ibid.*) Hilfestellung geben, so dass jener seine „Selbstexploration“ (*ibid.*:49) vorantreiben kann bzw. nicht aus Frustration das Gespräch abbricht. Baus und Sandig machen darauf aufmerksam, dass dieses spezielle Experiment im Gegensatz zu Garfinkels Krisenexperimenten nicht in eine letztlich triviale Situation mündet. Vielmehr gewinnt der Patient so neue Selbsterkenntnisse und ein gestärktes Selbstwertgefühl (vgl. *ibid.*). Die empathische und akzeptierende Grundhaltung des Therapeuten bezeichnen Baus und Sandig als einen „spezifische[n] Interaktionsstil [...], der von `normalen` Alltagsstrategien abweicht“ (*ibid.*). Die Autorinnen führen zur Unterstützung ihrer These an, dass angehende Gesprächstherapeuten, die ihre Kenntnisse über Empathiebekundung in der Familie anwandten, verwunderte und aggressive Reaktionen auslösten. Als Konsequenz dieser Erfahrungen halten Baus und Sandig fest, dass der besondere kommunikative Stil der Therapeuten möglicherweise weitere `Basisregeln` alltäglicher Gespräche untergräbt, und zwar folgende:

- [A]uch andere als positive Affekte zu zeigen;
„Regel“: Sei manchmal auch negativ!
- [Z]u dem, was der andere gesagt hat, in irgendeiner Weise inhaltlich Stellung zu beziehen, also etwas `Neues` zu sagen, statt auf seine Äußerungen immer wieder Bezug zu nehmen, um sie `besser zu verstehen`.;
„Regel“: Setze die Kommunikation fort! [...] (Baus, Sandig 1982: 50)

¹⁸ Nähere Ausführungen zu den Krisenexperimenten Garfinkels finden sich in Kapitel 4.2. dieser Arbeit

Ebenso wie auch in einer psychoanalytischen Gesprächssituation hält sich der Therapeut in der Gesprächspsychotherapie im Hintergrund: „Eine Wechselseitigkeit im Einbringen von Erzählungen, Argumentationen usw. wie im Alltag gibt es nicht“ (ibid.: 157). Der Patient bestimmt weitestgehend das Thema der Sitzungen, der Therapeut hat jedoch eine steuernde Funktion im Hinblick auf die Themenbehandlung (vgl. ibid.). Dem Therapeuten stehen bestimmte sprachliche bzw. gesprächsorganisatorische Ressourcen zur Verfügung, von denen einige im Folgenden vorgestellt werden.

Wie weiter oben bereits angemerkt, erfolgt die Bedeutungszuschreibung der von den Interaktionspartnern gemachten Äußerungen prospektiv-retrospektiv: Gesprächspartner gehen davon aus, dass sich die Bedeutung der Äußerung rückblickend klären wird und schreiben, im Vertrauen auf diese retrospektive Klärung, der Äußerung eine vorläufige Bedeutung zu.

Baus und Sandig machen darauf aufmerksam, dass der Therapeut sich nicht selbstverständlich darauf verlassen kann, dass der Patient seine Äußerungen rückwirkend klärt, oft weicht der Patient einer näheren Explikation seiner Äußerungen aus (vgl. ibid.: 150). Der Therapeut hat die Möglichkeit, dem Patienten mit `respondierend-initiierenden Paraphrasen` und `Aspektualisierungen` sowohl retrospektive als auch prospektive Impulse zu geben, die dem Patienten helfen, seine Selbsterforschung weiterzuentwickeln (vgl. ibid.).

In Alltagsgesprächen folgt nach einer Selbstabwertung eines Sprechers oft ein Widerspruch, eine Aufwertung des Sprechers oder eine Selbstabwertung von Seiten des Rezipienten (vgl. dazu Pomerantz, 1984). In der Gesprächspsychotherapie werden negative Selbstabwertungen des Patienten vom Therapeuten jedoch oft ratifiziert, um dem Patienten zu ermöglichen, die Selbstabwertung zu bearbeiten (vgl. Baus, Sandig 1985: 158). Pomerantz (1984) hat allerdings auch für Alltagsgespräche festgestellt, dass Selbstabwertungen vom Rezipienten bestätigt werden können. Meist sind diese Bestätigungen jedoch minimal (z.B. in Form des Hörersignals `hm=hm`), Therapeuten hingegen paraphrasieren oft die negativen Selbstbewertungen und manifestieren somit ihre Ratifizierung des vorangegangenen Patientenbeitrages.

Gesprächspsychotherapeuten formulieren ihre Äußerungen fast immer in Frageintonation. Die Äußerungen erhalten so „nicht den Charakter des Behauptens oder Feststellens über den Klienten, wie dies in Alltagsgesprächen oft der Fall ist“ (Baus, Sandig 1985: 160). Auch Modifizierungen der Therapeutenäußerungen durch den Patienten werden vom Therapeuten aufgegriffen und somit bestätigt. Dies kann als „Zeichen unbedingter Wertschätzung“ (ibid.: 161) gesehen werden, da in Alltagsgesprächen selten eine solche Aufnahme von Modifizierungen stattfindet (vgl. ibid.). Wertschätzung gegenüber dem Patienten drückt der

Therapeut auch durch die häufige Verwendung von Hörersignalen (‘hm=hm’) aus, da diese den Patienten dazu ermutigen, weiter zu sprechen und sein Thema zu entfalten (vgl. *ibid.*). Die letzte der hier genannten Abweichungen stellen die so genannten ‘lokalen Fragen’ dar (vgl. *ibid.*: 165). Der Therapeut setzt diese Fragen ein, um das aktuelle Thema voranzutreiben. Mit der Frage schließt der Therapeut an die vorangegangene Gesprächspassage des Patienten an und fasst dessen Äußerungen zusammen. Der Unterschied zur Alltagskommunikation besteht darin, dass Gesprächspartnern in einer alltäglichen Situation verschiedene Frageformen offen stehen, der Therapeut sich in seinen Aktivitäten aber auf den Einsatz von ‘lokalen Fragen’ beschränkt.

Trotz der festgestellten Unterschiede von Alltagskommunikation und therapeutischer Kommunikation halten Baus und Sandig für die Gesprächspsychotherapie fest:

Bei all seiner Verschiedenheit von den alltäglich eingespielten Schemata (Mustern) hat das Therapiegeläch seine Wirkungen nur in Relation (Abweichung und Nähe) zu diesen Schemata, die den Beteiligten bekannt sind und zur Verfügung stehen. (*ibid.*: 166)

Auch Wilke vertritt für die Psychoanalyse die Ansicht, dass das therapeutische Gespräch nicht systematisch von alltäglichen Gesprächsmustern abweicht. Sie sieht das therapeutische Gespräch als eine Erweiterung der Alltagskommunikation, da in therapeutischen Gesprächen „theoretisch begründete systematische Abweichungen vorgenommen [werden], die neue Dimensionen des Zuhörens und Redens und somit eine besondere Reflektion des Schweigens und Redens ermöglichen“ (Wilke 1992: 75).

Die Therapeutin, die die in dieser Arbeit untersuchten Gespräche geführt hat, hat ebenso darauf hingewiesen, dass sie eher intuitiv arbeitet und nicht bewusst therapeutische Techniken einsetzt. Ohne dass sie ausdrücklich danach gefragt wurde, machte sie darauf aufmerksam, dass therapeutische Kommunikationsmuster schwer von alltagskommunikativen Mustern zu trennen seien.

Wie in der Fragestellung bereits angemerkt wurde, wird auch für die in dieser Arbeit untersuchten Gespräche kein grundsätzlicher Unterschied von Alltagskommunikation und therapeutischer Kommunikation angenommen. Das soll nicht heißen, dass es keine Abweichungen gibt. Eine rein theoretische Vorannahme über Unterschiede und Abweichungen beschränkt jedoch die analytische Untersuchung, denn: „Die jedem Gespräch eigene spezifische Architektur und innere Logik zeigt sich dann am besten, wenn die Vorannahmen dem Untersuchungsgegenstand gegenüber weitmöglichst zurückgenommen werden“ (Streeck 1989: 50).

4. Daten und Methode

4.1. Zur Auswahl und Auswertung der Daten

Für die Analysen wurden sechs Gespräche mit vier Patienten ausgewählt. Die Gespräche wurden von einer Therapeutin durchgeführt. Insgesamt wurden 14 Datenausschnitte ausgewählt. Natürlich kann eine solche Auswahl, gerade auch im Hinblick auf das Alter und Geschlecht der Patienten, keinen Anspruch auf Repräsentativität haben. Es sollte in den Analysen dennoch deutlich werden, dass sich in den Aushandlungen über die These der Therapeutin bestimmte Muster und Verfahren herausbilden, die einen Einblick darüber geben können, wie auf interaktioneller Ebene eine Entwicklung im Krankheitsverständnis der Patienten stattfinden kann bzw. wie es zu kritischen Momenten in einem Aushandlungsprozess kommen kann.

Die Gespräche liegen als Audiodateien vor, Gestik und Mimik der Gesprächspartner müssen also unberücksichtigt bleiben.

Namen und Orte, die Aufschluss über die Identität der Patienten hätten geben können, wurden anonymisiert.

Bis auf eine Ausnahme wurden Gesprächsausschnitte aus der zweiten und dritten therapeutischen Sitzung ausgewählt. Der Gesprächsausschnitt der ersten Analyse (13800744) wurde der vierten Sitzung entnommen.¹⁹ Die Beschränkung auf diese Ausschnitte erklärt sich aus meiner Fragestellung, da die Therapeuten in der zweiten und dritten Sitzung die Patienten gezielt mit der Möglichkeit konfrontieren sollen, dass ihre Beschwerden eine psychosomatische Ursache haben könnten.²⁰

Bevor ich nun auf meine analytische Vorgehensweise eingehe, wird zunächst ein tabellarischer Überblick über die Patientendaten²¹ gegeben.

¹⁹ Der Verlauf der Sitzungen mit dieser Patientin verlief etwas anders als die anderen hier ausgewählten Sitzungen, da bei dieser Patientin relativ früh die Diagnose „Depression“ gestellt wurde. Daher wichen die Sitzungen von den Sitzungsplänen des Behandlungsmanuals ab.

²⁰ Nähere Angaben zu den einzelnen Sitzungen finden sich in Kapitel 2.2. dieser Arbeit.

²¹ Die Daten wurden anhand der Gespräche erhoben. Daher konnten Alter und Beruf nicht in jedem Fall eindeutig ermittelt werden. Die Altersangaben der Patienten, deren Alter nicht eindeutig ermittelt werden konnten, wurden mit „ca.“ versehen.

<i>Code</i>	<i>Alter</i>	<i>Geschlecht</i>	<i>Stand</i>	<i>Beruf</i>	<i>Dialekt</i>
13800744	ca. 39	weiblich	verheiratet	konnte nicht ermittelt werden	badisch, ital. Abstammung
13800332/ 13800333	47	weiblich	verheiratet	kaufmännische Angestellte	schwäbisch
13800923	ca. 45	weiblich	verheiratet	Hausfrau, früher Friseurin	badisch
13800942/ 13800943	ca. 45	männlich	verheiratet	Sicherheitsprüfer	badisch

Die ersten sechs Analysen in Kapitel 5.2. werden in Form von Einzelanalysen dargestellt. Die Fragen, die sich in Bezug auf diese Datenausschnitte stellen, wurden bereits in der Fragestellung vorgestellt, sollen hier aber noch einmal genannt werden²²:

- Wie bietet die Therapeutin den Patienten das psychosomatische Erklärungsmodell an, welche Verfahren setzt sie ein?
- Wie reagieren die Patienten unmittelbar auf diese Modelle?
- Wie gestaltet sich der weitere Aushandlungsprozess?
- Inwieweit kommt es zu einer Abstimmung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses?

Im Mittelpunkt steht dabei die Frage nach den Verfahren der Therapeutin: Wie arbeitet sie an dem Krankheitsverständnis der Patienten, wie wird durch ihre konversationellen Aktivitäten der Aushandlungsprozess geprägt? Darüber hinaus soll aber auch ein Augenmerk auf kritische Momente der Aushandlung gelegt werden, die durch Patientenreaktionen hervorgerufen werden können.

²² Nähere Angaben zu den Datenausschnitten finden sich in Kapitel 2.2 dieser Arbeit.

Ich habe mich dafür entschieden, zunächst sehr detaillierte Analysen vorzunehmen, da ich der Ansicht bin, dass so die Dynamik des Aushandlungsprozesses in all seinen Facetten am eindrücklichsten nachgezeichnet werden kann. Meiner Meinung nach kann mit einer ausführlichen Analyse einerseits den Spezifika der einzelnen Gesprächsausschnitte Rechnung getragen werden, andererseits können durch dieses Vorgehen aber auch bereits bestimmte Muster der Aushandlungen aufgezeigt werden. Diese Vorgehensweise bringt es mit sich, dass die Analysen viele deskriptive Anteile enthalten. Ich denke aber, dass diese Methode sehr gut dazu geeignet ist, zum einen die oben genannten Fragen zu beantworten, zum anderen aber auch, den Prozess der Aushandlung zu rekonstruieren. Die Konversationsanalyse birgt den Vorteil, sich methodisch nicht einem bestimmten Ansatz unterordnen zu müssen, sondern die Methode dem Untersuchungsgegenstand anpassen zu können (vgl. Bergmann 1981: 16). Gerade einem Aushandlungsprozess sollte meiner Ansicht nach eine ausführlichere Analyse gewidmet werden, die, wie oben bereits erwähnt, die Besonderheiten der individuellen Gesprächssituationen berücksichtigt. Die Aushandlungen werden in ihrem zeitlichen Verlauf dargestellt, auf eine zusammenfassende, vom Ergebnis gedachte Darstellung wurde zugunsten der Darstellung des Prozesscharakters verzichtet. Um gewisse Regularitäten der Aushandlungen deutlich zu machen, wird am Ende der Analysen eine schematische Zusammenfassung des jeweiligen Aushandlungsprozesses gegeben. Im Anschluss an die ausführlichen Analysen werden außerdem die Ergebnisse zusammengefasst und systematisch aufgearbeitet.

Die Konfrontation mit einem psychosomatischen Modell ist vom Studiendesign her für die Dauer von zwei Sitzungen angelegt. Sind die Einzelanalysen in Kapitel 5.2. vor allem auf die aktuelle Aushandlung des Krankheitsverständnisses ausgerichtet, wird in Kapitel 5.3. ein größeres Augenmerk auf die Abstimmung des Krankheitsverständnisses im Verlauf zweier Sitzungen eines Patienten gelegt. Zusätzlich zu den in 2.2. gestellten Fragen, soll untersucht werden, ob und wie die Therapeutin an ihrem Erklärungsmodell festhält, und es soll beantwortet werden, ob, und wenn ja, inwieweit eine Entwicklung im Krankheitsverständnis des Patienten eingesetzt hat.

4.2. Zur Methode der Konversationsanalyse²³

Die Konversationsanalyse wurde Mitte der sechziger Jahre entwickelt. Begründer dieser Methode waren vor allem die Soziologen Harvey Sacks und Emanuel Schegloff. Sacks und Schegloff war daran gelegen, detaillierte Interaktionsanalysen sprachlicher Vorgänge durchzuführen. Sie verweisen allerdings darauf, dass es ihnen nicht in erster Linie um die Untersuchung von Sprache an sich ging, vielmehr war ihnen wichtig, die sozialen Handlungen, die mit Hilfe der Sprache realisiert werden, zu analysieren. Ihr Interesse war darauf gerichtet, „to explore the possibility of achieving a naturalistic observational discipline that could deal with the details of social action(s) rigorously, empirically, and formally“ (Schegloff, Sacks 1999: 263).

Die Konversationsanalytiker basierten ihre Arbeiten auf der hauptsächlich durch Harold Garfinkel entwickelten Ethnomethodologie. Deshalb sollen an dieser Stelle zunächst kurz die wesentlichen Grundsätze und Begriffe der Ethnomethodologie vorgestellt werden, bevor ich ausführlicher auf die konversationsanalytischen Prinzipien eingehe.²⁴

Ethnomethodologie

Der ethnomethodologische Untersuchungsansatz „[verlagert] den Sinn einer (sprachlichen) Handlung aus dem Bewußtsein des Handelnden in die sozial-objektive Wirklichkeit der Interaktion“ (Auer 1999: 128). Einem ethnomethodologisch orientierten Forscher geht es nicht etwa darum, die intrapsychischen Vorgänge einer Person zu erfassen, es geht ihm vielmehr darum, die alltäglichen Muster und Methoden zu rekonstruieren, mit denen die Interaktionsteilnehmer durch ihr soziales Handeln Sinn hervorbringen. Garfinkel geht davon aus, dass die Interaktanten dabei nicht auf eine unabhängig von ihnen existierende soziale Wirklichkeit rekurren; durch ihr soziales Handeln und mithilfe bestimmter Methoden erzeugen sie selbst diese Wirklichkeit (Garfinkel 1967).

²³ Der Begriff „Methode“ mag in einem konversationsanalytischen Kontext missverständlich sein: Wie bereits in Kapitel 4.1. beschrieben, richten sich Ethnomethodologie und Konversationsanalyse gegen einen allgemeinen Methodenkanon, der unabhängig vom Forschungsgegenstand entwickelt wurde. Die verwendeten Methoden müssen ihrem jeweiligen Untersuchungsgegenstand angemessen sein und aus diesem heraus entwickelt werden (vgl. Bergmann 1981: 16).

²⁴ In dem vorliegenden Kapitel können nur die grundlegenden Annahmen und Forschungsinteressen der Konversationsanalyse vorgestellt werden. Zu der Entwicklung und den (neueren) Forschungsschwerpunkten der Gesprächsanalyse (zu denen Hausendorf neben der Konversationsanalyse auch die Diskursanalyse bzw. funktionale Pragmatik, die Dialoganalyse/-grammatik sowie die objektive bzw. strukturelle Hermeneutik zählt), vgl. Hausendorf (2001)

„Ethnomethodologie bezeichnet also die von den Mitgliedern einer Gesellschaft im Handlungsvollzug praktizierte Methodologie, die für die Handelnden die - als vorgegeben und selbstverständlich hingenommene - gesellschaftliche Wirklichkeit und soziale Ordnung erst schafft“ (Bergmann 1980: 39).²⁵

Zwei Schlüsselbegriffe sind entscheidend, um die Maximen der Ethnomethodologie nachzuvollziehen: Der Begriff der Indexikalität und der Begriff der Reflexivität.

Der Begriff Indexikalität bezieht sich auf Handlungen und Äußerungen, die nur kontextuell erschließbar und verstehbar sind. Die indexikalischen sprachlichen Ausdrücke sind „isoliert (also ohne Kontext) betrachtet nicht eindeutig, klar und fraglos [...]“ (Auer 1999: 130). Erst durch die kontextuelle Einbettung erhalten sie ihren Sinn. Die Ethnomethodologen gehen davon aus, dass praktisch jede sprachliche Äußerung einen indexikalischen Charakter hat. Eine völlige De-Indexikalisierung der Ausdrücke ist weder möglich noch in der Interaktion sinnvoll oder erwünscht. Gerade die Vagheit der Begriffe schafft eine Verständigungsbasis. Garfinkel hat dies mit seinen so genannten Krisen- oder Brechungsexperimenten (‘breaching experiments’) eindrücklich nachgewiesen (Garfinkel 1967)²⁶.

Der Begriff Reflexivität im ethnomethodologischen Sinne besagt, dass die Interaktionspartner ihre Handlungen und Äußerungen so gestalten, dass ihr Gegenüber aus der Art der Handlungsorganisation erschließen kann, wie sie ihre Äußerung oder Handlung verstanden wissen wollen. Wie bereits in Kapitel 2.2. erwähnt, liefern sie die praktischen Erklärungen und Beschreibungen (‘accounts’) ihrer Äußerungen gleich mit. Die Interaktanten agieren nicht

²⁵ Einen guten Überblick über die Ethnomethodologie und ihre Vorläufer (zu nennen ist vor allem die Phänomenologie und da besonders Alfred Schütz) liefert J. Heritage in seinem Buch „Garfinkel and Ethnomethodology“ (1984)

²⁶ Garfinkel wollte mit seinen Experimenten zeigen, dass eine Verständigung nur möglich ist, wenn „persons [for the purposes of conducting their everyday affairs] refuse to permit each other to understand“ (Garfinkel 1967: 41). Aufgrund bestimmter Mechanismen der Sinnggebung können Gesprächspartner, ohne einander die Bedeutung jedes einzelnen Begriffes zu explizieren (was tatsächlich auch nicht möglich ist, da die erklärenden Begriffe selbst wiederum erklärungsbedürftig sind), ein gewöhnliches, verständliches und vernünftiges Gespräch führen. Garfinkel beauftragte einige seiner Studenten damit, ihren Gesprächspartnern gegenüber darauf zu bestehen, dass diese die von ihnen verwendeten alltäglichen Äußerungen näher erklären sollten. Die Gesprächspartner reagierten in den meisten Fällen verärgert, mit Unverständnis oder sie brachen das Gespräch ab. Ein Beispiel:

„On Friday night my husband and I were watching television. My husband remarked that he was tired. I asked, ‘How are you tired? Physically or mentally, or just bored?’”

(S) I don’t know, I guess physically, mainly.

(E) You mean that your muscles ache or your bones?

(S) I guess so. Don’t be so technical.

(After more watching)

(S) All these old movies have the same kind of old iron bedstead in them.

(E) Do you mean all old movies, or some of them, or just the ones you have seen?

(S) What’s the matter with you? You know what I mean.

(E) I wish you would be more specific.

(S) You know what I mean! Drop dead!

(ibid.: 43)

nur innerhalb eines Kontextes, sie stellen diesen Kontext auch her. Handlungen und Äußerungen sind also deshalb reflexiv, weil die Handelnden einerseits auf den aktuellen Kontext zurückgreifen müssen, um die Handlung respektive Äußerung zu verstehen, andererseits erschaffen sie erst durch genau diese Handlung oder Äußerung den Kontext und entwickeln ihn weiter.

Konversationsanalyse

Die Konversationsanalytiker haben, wie bereits erwähnt, wesentliche Annahmen der Ethnomethodologie übernommen. Mit ihrer Analysemethode wollten sie aufzeigen, mit welchen Methoden die Mitglieder einer Gesellschaft füreinander Ordnung herstellen:

„[...] Our analysis has sought to explicate the ways in which the materials are produced by members in orderly ways that exhibit their orderliness, have their orderliness appreciated and used, and have that appreciation displayed and treated as the basis for subsequent action” (Schegloff, Sacks 1999: 264).

Es war den Analytikern wichtig, ihre Daten in natürlichen Gesprächssituationen zu erheben; konstruierte, in Laboratmosphäre stattfindende, Interaktionen hätten auf keinen Fall die Methodik des sozialen Handelns wiedergeben können.²⁷

Aus den bisher genannten Prinzipien und Maximen der Konversationsanalytiker lassen sich vier methodische Konsequenzen für Gesprächsanalysen ableiten:

- 1) Das Gespräch sollte als prozeßhaftes Geschehen und wie ein Produktionsort sozialer Fakten behandelt werden. Konversation ist eine Aktivität und entspricht nicht einem bereits vorgeformten Plan, der in den Köpfen der Partizipanten „abläuft“, und dann in die Wirklichkeit des Gesprächs umgesetzt wird.
- 2) Die Durchführung von Gesprächsaktivitäten ist immer interaktiv gebunden, jede einzelne Äußerung wird von den Teilnehmern gemeinsam erarbeitet und modifiziert. Mit anderen Worten: Sprecher konstruieren ihre Turns [Redezüge, A.S.²⁸] in Interaktion mit dem Hörer.
- 3) Das bedeutet, daß jedes Gespräch durch das Turn-taking-System geregelt wird.

²⁷ In diesem Zusammenhang kann allerdings auf das so genannte „Beobachter-Paradoxon“ (Labov 1971) hingewiesen werden: Dieses besteht darin, dass die Forscher zwar in natürlichen Situationen stattfindende Gespräche favorisieren bzw. sich ausschließlich darauf stützen wollen, aufgezeichnete Gespräche aber niemals vollkommen natürlich, und vor allem nicht unbeobachtet, sein können. Die Beobachtungs- und Aufnahmesituation hat eine Auswirkung auf die beteiligten Gesprächspartner. Auch in den von mir untersuchten Gesprächen nahmen Therapeutin und Patienten in einigen Gesprächsabschnitten Bezug auf die Aufnahmesituation. Inwieweit dies die (therapeutische) Gesprächssituation beeinflussen kann, wurde noch nicht abschließend erforscht (vgl. Boothe 2001). Eine Linderung des Paradoxons kann, nicht zuletzt, dadurch eintreten, dass bei den Gesprächspartnern im Verlauf des Gesprächs ein Gewöhnungseffekt der Aufnahmesituation eintritt.

²⁸ A.S.= Anne Stresing

- 4) Dabei sagen die einzelnen Organisationsmechanismen der Durchführung des Turn-Taking etwas über die Redeabsichten der Sprecher aus (nach Schegloff 1982). (Streeck 1989: 84)

Da in diesem Zitat schon sehr stark auf die formelle Gesprächsorganisation, (das so genannte Turn-Taking-System), abgehoben wird, sollen an dieser Stelle das Turn-Taking sowie weitere zentrale Untersuchungsfelder der Konversationsanalyse vorgestellt werden²⁹:

Das Turn-Taking-System

Der Turn ist, wie oben bereits angemerkt wurde, „der einzelne Redezug eines Gesprächsteilnehmers, [der] als Grundeinheit der sprachlichen Interaktion“ (Bergmann 1980: 47) angesehen werden kann. Wie aber an den oben von Streeck formulierten methodischen Grundsätzen deutlich wird, wird der Turn interaktiv bestimmt. Auch das übergeordnete Interaktionsgeschehen, die Organisation des Sprecherwechsels (Turn-Taking), läuft interaktiv ab. In dem Aufsatz „A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation“ haben Sacks, Schegloff und ihre Kollegin Jefferson fundamentale Prinzipien des Sprecherwechsels zusammengestellt, von denen die vier grundlegendsten hier genannt werden sollen: „[...] Speaker-change recurs, or at least occurs, [...] overwhelmingly, one party talks at a time, [...] occurrences of more than one speaker at a time are common, but brief, [...] transitions (from one turn to a next) with no gap and no overlap are common“ (1974: 700f.).

Sacks, Schegloff und Jefferson haben, basierend auf umfangreichen empirischen Analysen, zwei entscheidende Komponenten für das Turn-Taking-System festgestellt:

1) Die Turnkonstruktionskomponente ('turn-constructive component')

Diese Komponente beinhaltet die syntaktische Realisierung eines Redebeitrages. Sie erlaubt dem Hörer zugleich zu antizipieren, wie dieser Redebeitrag verläuft und an welcher Stelle er abgeschlossen ist. Am Ende der Redeeinheit des Sprechers ('possible completion point') endet sein Rederecht, und der Hörer kann nun an der relevanten Stelle ('transition relevant place') selbst das Rederecht ergreifen und somit einen Sprecherwechsel vollziehen.

2) Die Turnzuweisungskomponente ('turn-allocation component')

Diese Komponente bezieht sich auf die möglichen Techniken der Turnübergabe:

²⁹ In der folgenden Darstellung orientiere ich mich an dem Kapitel 2.2. (S.81 ff.) von Sabine Streeck (1989) und dem Kapitel 7.2. (S.82 ff.) von Stefanie Wilke (1992).

Der aktuelle Sprecher kann entweder den nächsten Sprecher selbst bestimmen (‘current speaker selects next’), oder der nächste Sprecher wählt sich selbst, indem er das Rederecht übernimmt. Wenn weder der aktuelle Sprecher einen nächsten Sprecher auswählt noch ein nächster Sprecher sich selbst wählt, steht es dem bisherigen Sprecher frei, erneut das Rederecht zu übernehmen.

Dass sowohl dem Sprecher als auch dem Hörer sehr vielfältige, zum Teil auch sehr subtile Möglichkeiten, zur Verfügung stehen, das Rederecht in Anspruch zu nehmen, es abzugeben oder abzulehnen, soll in der nachfolgenden empirischen Analyse deutlich werden.

Hervorzuheben ist allerdings, dass der Inhalt der einzelnen Turns von dem Turn-Taking-System unberührt bleibt, das System also kontextfrei ist: Die Organisation des Turn-Taking „makes no provision for the content of any turn, nor does it constrain what is (to be) done in any turn“ (Sacks, Schegloff, Jefferson 1974: 710).

Gleichzeitig ist das System aber auch kontextsensitiv, da die Person des Hörers bei der Realisierung der Turns immer mitgedacht und berücksichtigt werden muss. Die Turns sind also kontextsensitiv „aufgrund ihrer Aufgabe, den Sprecherwechsel zu organisieren und dadurch die Projizierbarkeit der redeübergaberelevanten Stelle für den Hörer zu ermöglichen, sowie aufgrund ihrer interaktiven Strukturiertheit [...]“ (Streeck 1989: 87).

Die Orientierung an dem Rezipienten hat in der Konversationsanalyse unter dem Begriff ‘rezipientenspezifischer Zuschnitt’ (‘recipient design’) Eingang gefunden: „By ‘recipient design’ we refer to a multitude of respects in which the talk by a party in a conversation is constructed or designed in ways which display an orientation and sensitivity to the particular other(s) who are the coparticipants“ (Sacks, Schegloff, Jefferson 1974: 727).

Die sequentielle Organisation

Die sequentielle Organisation von Gesprächen nimmt in der konversationsanalytischen Forschung eine Schlüsselrolle ein. Die Stelle, an der eine Äußerung erfolgt, ist entscheidend für die Bestimmung des Aktivitätstyps dieser Äußerung und für seine inhaltliche Interpretation. Um dies an einem Beispiel zu verdeutlichen: Die Äußerung „Warum gehst Du jetzt nicht einkaufen?“ kann, bei entsprechender Platzierung, nicht als Frage interpretiert werden, auf die eine begründete Antwort erfolgen muss, sondern als Aufforderung an den Gesprächspartner, das Gespräch an dieser Stelle zu beenden.³⁰

³⁰ Dieses Beispiel wurde in abgewandelter Form von S. Streeck (1989, vgl. S.89) übernommen.

Der nachfolgende Sprecher wiederum macht mit seinem Folgeturn deutlich, wie er den vorangegangenen Redebeitrag verstanden hat. Antwortet er beispielsweise mit der Äußerung „Ich unterhalte mich doch gerade mit dir, warum sollte ich jetzt einkaufen gehen?“ hat er die vorangegangene Äußerung vermutlich als (eine etwas deplazierte) Frage interpretiert, die eine Antwort verlangt. Reagiert er aber zum Beispiel mit der Äußerung „Stimmt, das wollte ich ja, dann gehe ich jetzt“, hat er die Äußerung wahrscheinlich als Aufforderung zur Gesprächsbeendigung analysiert.

Äußerungen haben oftmals eine sequentielle Implikation, das heißt sie können die Art der nachfolgenden Äußerung erwartbar machen. Am deutlichsten wird dies bei den so genannten Paarsequenzen ('adjacency pairs'). Paarsequenzen sind beispielsweise Gruß/Gegengruß oder auch Frage/Antwort. „Sie sind dadurch charakterisiert, daß sie zwei Handlungstypen aneinander binden, die von unterschiedlichen Gesprächsteilnehmern ausgeführt werden, unmittelbar aufeinander folgen und durch eine Beziehung der konditionellen Relevanz miteinander verkettet sind“ (Auer 1999: 141). Der Begriff 'konditionelle Relevanz' besagt nichts anderes, als dass die auf den ersten Paarteil folgende Äußerung erwartbar ist: Führt man zum Beispiel den Handlungstyp „Gruß“ aus, so kann man erwarten, dass der oder die anderen Gesprächsteilnehmer den ihm entsprechenden Handlungstyp „Gegengruß“ realisieren. Wird der zweite Paarteil nicht oder dem ersten Paarteil nicht entsprechend realisiert, muss dies erklärt werden. Die Interaktionspartner haben unterschiedliche Möglichkeiten, die Paarsequenz zu expandieren, die Einlösung des zweiten Paarteils zeitlich nach hinten zu verschieben oder das Nichteinlösen der konditionellen Relevanz zu rechtfertigen.

Reparaturen

Der Begriff „Reparatur“ hat in der Konversationsanalyse eine sehr weite Bedeutung. Er bezieht sich nicht nur auf das Beheben von erkennbaren Fehlern, sondern auch auf Reformulierungen, erklärende Ergänzungen zu vorangegangenen Äußerungen etc.. Es lassen sich unterschiedliche Typen von Reparaturen feststellen, die jeweils an einem konstruierten Beispiel demonstriert werden sollen. Es gibt selbstinitiierte und fremdinitiierte Reparaturen. Selbstinitiiert ist eine Reparatur dann, wenn ein Sprecher selbst direkt nach dem Auftreten des Fehlers den Fehler behebt: A: „Du wirst doch jetzt 27 – äh, nee, 26“. Fremdinitiiert ist eine Reparatur dann, wenn ein Sprecher den anderen dazu auffordert, seinen Fehler zu beheben: A: „Du wirst doch jetzt 27“, B: „Nein, 26.“

Allerdings muss zwischen der Initiative der Reparatur und dessen tatsächlicher Realisierung unterschieden werden (vgl. Streeck 1989: 93): Eine Reparatur kann selbstdurchgeführt oder fremddurchgeführt sein. Im ersten Beispiel hat der Sprecher seine Reparatur sowohl selbst initiiert als auch selbst durchgeführt. Im zweiten Beispiel wurde die Reparatur fremd initiiert und auch fremd durchgeführt. Ein Beispiel für eine selbstinitiierte, aber fremddurchgeführte Reparatur ist: A: „Du wirst doch jetzt 27-oder 26?“ B: „Ich werde 26“. Eine fremdinitiierte, aber selbstdurchgeführte Reparatur ist beispielsweise folgende: A: „Du wirst doch jetzt 27“, B: „Wie bitte?“, A: „Ach nein, du wirst ja 26“.

Reparaturen können in dem Turn vorgenommen werden, in dem der Fehler auftrat, sie können im Übergang zwischen zwei Turns, dem so genannten 'transition space', realisiert werden, oder

sie können im dritten Turn nach einem Sprecherwechsel erfolgen, wenn der erste Sprecher die Äußerung des sich anschließenden zweiten Sprechers kommentiert oder korrigiert (vgl. Wilke 1992: 86).

In der ausführlichen Untersuchung zu Reparaturmechanismen „The preference for self-correction in the organization of repair in conversation“ haben Schegloff, Jefferson und Sacks (1977) festgestellt, dass es Sprecher vorziehen, die Fehler, die ihnen unterlaufen, selbst zu identifizieren und zu beheben. Es besteht also eine Präferenz für selbstinitiierte gegenüber fremdinitiierte Reparaturen sowie für selbstdurchgeführte gegenüber fremddurchgeführten Reparaturen. Da das Konzept der Präferenz ebenfalls ein wichtiger Bestandteil der Konversationsanalyse ist, soll es im Folgenden dargestellt werden.

Präferenz

Der Begriff 'Präferenz' bezieht sich auf konversationelle Aktivitäten, deren Rezipienten die Möglichkeit haben, alternative, aber nicht äquivalente, zweite Handlungen zu realisieren (vgl. Atkinson, Heritage 1984: 53). Konkret bedeutet dies, dass zum Beispiel im Falle einer Einladung, Bitte, Einschätzung etc. der Empfänger der Einladung/Bitte/Einschätzung zustimmen oder aber sie ablehnen kann. Für diese zweite Handlung gibt es Präferenzen. Präferenz bezeichnet allerdings nicht die individuelle Einstellung oder subjektiven Vorlieben eines Sprechers. Er bezieht sich vielmehr auf „einen strukturellen Aspekt der Gesprächsorganisation“ (Streeck 1989: 92). Zustimmungen sind in den meisten Fällen

präferiert, Ablehnungen dagegen dispräferiert³¹. Zustimmungen werden schneller gegeben als Ablehnungen. Ablehnungen erfolgen oftmals verzögert, sie erfordern im Regelfall einen wesentlich höheren Aufwand, da der Sprecher 'accounts' liefert, um seine Ablehnung zu begründen. Erste Sprecher können oft frühzeitig an so genannten 'next turn repair initiators' (zum Beispiel ein zögerndes 'hm') (vgl. Schegloff 1982: 87) des zweiten Sprechers erkennen, dass dieser ihre Äußerung eher ablehnend aufnimmt, und können durch Zurücknahme oder Modifizierung ihres Angebots, ihrer Einschätzung usw. eine Ablehnung verhindern.

Die konversationsanalytische Methode birgt einige Vorteile für die Interaktionsanalyse von therapeutischen Gesprächen. Sie kann die interaktionellen Prozesse des Gesprächs beschreiben, ohne sich dabei auf therapeutische Begriffe oder Kategorien zu stützen. Eine rein therapieimmanente und letztlich einen Zirkelschluss riskierende Analyse kann so verhindert werden. Es ist auch nicht das Anliegen der Konversationsanalyse, eine psychologische Interpretation im Hinblick auf die Intentionen und Strategien der Sprecher vorzunehmen (vgl. Streeck 1989: 81f.). Wie oben bereits erläutert, geht es der Konversationsanalyse nicht um das Bewusstsein der Gesprächspartner, sondern um die sozial-objektive Wirklichkeit der Interaktion (vgl. Auer 1999), „die Geordnetheit des Geschehens darf nicht 'hinter' diesem – etwa in den Köpfen der Beteiligten oder in vermeintlichen gesellschaftlichen Funktionserfordernissen – gesucht werden“ (Wolff 1994: 4). Des Weiteren richtet die Konversationsanalyse auch und gerade ihre Aufmerksamkeit auf sprachliche und interaktionelle Mikrostrukturen, zum Beispiel Schweigephasen oder Hörersignale, die in jeder sozialen Interaktion eine wichtige Rolle spielen, die aber eben auch in der therapeutischen Kommunikation einen wesentlichen Bestandteil haben (vgl. *ibid.*: 53) und dort oft zugunsten von übergeordneten Strukturen der therapeutischen Interaktion vernachlässigt werden.

4.3. Transkriptionssystem

Für die Transkription der Datenausschnitte wurde das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem (GAT) verwendet.³²

³¹ Nicht immer jedoch sind Zustimmungen präferiert. Ein besonderer Fall ist zum Beispiel die Reaktion des Rezipienten nach einer negativen Selbstbewertung des ersten Sprechers. In einem solchen Fall ist die Ablehnung der negativen Selbsteinschätzung im Regelfall präferiert. Vgl. dazu und zu weiteren Differenzierungen der Präferenzorganisation bei Bewertungen: A. Pomerantz (1984)

³² Das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem wurde entwickelt von: Margret Selting, Peter Auer, Birgit Barden, Jörg Bergmann, Elizabeth Couper-Kuhlen, Susanne Günthner, Christoph Meier, Uta Quasthoff, Peter

Die Turns der Sprecher werden von den Sprechern selbst durch das „Zusammenspiel von Syntax und Prosodie im gegebenen sequentiellen Kontext“ (GAT: 13) in so genannte Phrasierungseinheiten untergliedert, die auch im Transkript wiedergegeben werden:

Die Gliederung in Phrasierungseinheiten wird durch die Zeichen für Tonhöhenbewegungen am Einheitenende angegeben [siehe Symbole des Basistranskripts weiter unten, A.S.]. Eine Phrasierungseinheit läßt sich in der Regel eindeutig identifizieren, wenn dort eine prosodische, syntaktische und semantische Grenze erkennbar ist. In diesen Fällen kann der Beginn einer neuen Einheit durch einen Zeilensprung gekennzeichnet werden. Braucht die Transkription einer Einheit mehr Platz als in einer einzigen Transkriptzeile zur Verfügung steht, so wird fortlaufend weitergeschrieben. (ibid.)

Für die Datenausschnitte wurde das Basistranskript ausgewählt. Folgende Symbole werden in der Transkription verwendet:

Basistranskript

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

[]	Überlappungen und Simultansprechen ³³
[]	
=	schneller, unmittelbarer Anschluß neuer Turns oder Einheiten

Pausen

(.)	Mikropause
(-), (--), (---)	kurze, mittlere, längere Pausen von ca. 0.25 - 0.75 Sek.; bis ca. 1 Sek.
(2.0)	geschätzte Pause, bei mehr als ca. 1 Sek. Dauer
(2.85)	gemessene Pause (Angabe mit zwei Stellen hinter dem Punkt)

Sonstige segmentale Konventionen

und=äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
:, ::, :::	Dehnung, Längung, je nach Dauer
äh, öh, etc.	Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"
'	Abbruch durch Glottalverschluß

Schlobinski und Susanne Uhmann. Die hier verwendeten Zitate sowie die Transkriptionssymbole stammen aus: <http://www.fb1s.uni-hannover.de/sdls/schlobi/schrift/GAT/gat.pdf>

³³Die Setzung der zweiten Klammer, die das Ende des simultanen Sprechens anzeigt, ist fakultativ (vgl. GAT: 8). In den von mir transkribierten Datenausschnitten wird lediglich eine Klammer am Anfang der Überlappung bzw. des Simultansprechens eingesetzt.

Lachen

so(h)o	Lachpartikeln beim Reden
haha hehe hihi	silbisches Lachen
((lacht))	Beschreibung des Lachens

Rezeptionssignale

hm, ja ,nein, nee	einsilbige Signale
hm=hm, ja=a,	zweisilbige Signale
nei=ein, nee=e	
'hm'hm	mit Glottalverschlüssen, meistens verneinend

Akzentuierung

akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent

Tonhöhenbewegung am Einheitenende

?	hoch steigend
,	mittel steigend
-	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Sonstige Konventionen

((hustet))	para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
<<hustend>>	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
<<erstaunt>>	interpretierende Kommentare mit Reichweite
()	unverständliche Passage je nach Länge
(solche)	vermuteter Wortlaut
al(s)o	vermuteter Laut oder Silbe
(solche/welche)	mögliche Alternativen
((...))	Auslassung im Transkript
—>	Verweis auf im Text behandelte Transkriptzeile

Außerdem wurden folgende Symbole der Feintranskriptionskonventionen übernommen:

<<p>> =piano, leise
<<all>> =allegro, schnell

5. Empirische Analyse

5.1. Zum Konzept der „Aushandlung“

Der Begriff „Aushandlung“ wird in konversationsanalytischen Arbeiten oft verwendet, meist bleibt eine genaue Definition dieses Begriffes jedoch aus (vgl. Dieckmann/Paul 1983: 170).

Da in der vorliegenden Arbeit die Abstimmung über das Krankheitsverständnis des Patienten als ein Aushandlungsprozess begriffen wird, soll an dieser Stelle die Bedeutung des Aushandlungsbegriffes für diese Arbeit erläutert werden. Zuvor wird ein kurzer Überblick über die Geschichte und die Bedeutung des Begriffes gegeben. Ich beziehe mich hierbei hauptsächlich auf den Aufsatz von Dieckmann und Paul „Aushandeln“ als Konzept der Konversationsanalyse“ (1983).

Die beiden Autoren definieren die alltagsprachliche Bedeutung des Wortes „aushandeln“ folgendermaßen:

Mit dem Ausdruck „aushandeln“ wird alltagsprachlich im wesentlichen eine kommunikative Tätigkeit bezeichnet, mit der zwei oder mehr Personen bzw. Gruppen unter Anerkennung und in Abwägung der beiderseitigen Interessen gemeinsam eine Einigung herbeizuführen versuchen. Ausgangspunkt ist ein Problem, das von den Beteiligten als (Ver-)Teilungsproblem oder Tauschproblem eingeschätzt wird. Es besteht ein gemeinsames Interesse an einer Einigung und ein gemeinsamer Wille zur Kooperation bei grundsätzlich zugestandener Gleichberechtigung in der Verfolgung der eigenen Interessen. Interessengegensätze werden in einem Prozeß von Angeboten und Gegenangeboten, meist durch Kompromißbildung, ausgeglichen. Aus der Vereinbarung entstehen Obligationen für beide Seiten [...]. (Dieckmann, Paul 1983: 171)

Dieckmann und Paul stellen dem Begriff „aushandeln“ den Begriff „verhandeln“ gegenüber, dem sie zwei Bedeutungen zuordnen. In seiner ersten Bedeutung sehen sie ihn als fast bedeutungsgleich mit „aushandeln“ an. In seiner zweiten Bedeutung, die sich unter anderem mit „etw. mit jmdm. eingehend erörtern“ umschreiben lässt, sehen sie allerdings einen deutlichen Unterschied, da Problem, Lösung und Art der Einigung nicht näher charakterisiert werden (vgl. *ibid.*).

Es werden zwei Alltagskonzepte benannt, die auf „einen kommunikativen Interessenausgleich über Kompromißbildung“ verweisen (*ibid.*). Ein Konzept wird verkürzend paraphrasiert als „

sich gemeinsam einigen“. Die an dem Interessenausgleich Beteiligten sind grundsätzlich gleichberechtigt und zeigen ein Minimum an Kooperationsbereitschaft. Diesem Konzept sind „sowohl eine Tarifverhandlung als auch eine wissenschaftliche Diskussion als auch die gemeinsame Überlegung, wo im nächsten Jahr die Ferien verbracht werden sollen“ (ibid.: 172) zuzuordnen. Das zweite Konzept umschreiben Dieckmann und Paul als „ ‚gemeinsam mit dem Ziel einer Einigung kommunikativ einen Interessenausgleich herbeiführen‘ “ (ibid.). Diese Form des Ausgleichs kann auch als „ ‚verhandeln‘ “ bezeichnet werden. Der Begriff „aushandeln“ wird in der Regel dem ersten Konzept zugeschrieben, das zweite Konzept wird oft mit dem Begriff „verhandeln“ verbunden (vgl. ibid.).

Das Konzept des Aushandelns lässt sich in der Interaktionsforschung historisch auf zwei verschiedene Untersuchungsrichtungen zurückführen: Zum einen wurden spezielle Verhandlungsmuster im amerikanischen Strafrechtsprozess untersucht, zum anderen wurden Arzt-Patienten-Gespräche bzw. interaktionelle Aktivitäten in Krankenhäusern analysiert (vgl. ibid.: 173). Auf diese Untersuchungen soll hier nicht näher eingegangen werden. Nur eine Arbeit soll hier erwähnt werden, da sie, wenn auch unter umgekehrten Vorzeichen, Parallelen zu den von mir untersuchten Datenausschnitten aufweist. Michael Balint hat in seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“ die Arzt-Patienten-Interaktion im Hinblick auf psychologische Probleme untersucht. Er hat festgestellt, dass einige Patienten dem Arzt in einem bestimmten Stadium der Erkrankung „*verschiedene Krankheiten anbieten oder vorschlagen* und gegebenenfalls so lange neue Krankheiten zur Auswahl anbringen, bis zwischen ihnen und dem Arzt Übereinstimmung erzielt ist, d.h. beide eine der Krankheiten als begründet anerkennen“ (Balint 1991: 38). Zwar bezieht sich meine Analyse nur auf bestimmte Ausschnitte der Therapeuten-Patienten-Interaktion, aber dennoch soll hier auf das parallele Muster verwiesen werden: Auch in meinen Datenausschnitten wird einer Person ein Angebot in Bezug auf das Krankheitsverständnis gemacht, nur ist es in meinem Fall die Therapeutin, die dem Patienten ein Krankheitsmodell offeriert. Bevor aber das Aushandlungskonzept, das dieser Arbeit zugrunde liegt, weiter vorgestellt wird, soll zunächst der Überblick über die Begriffsgeschichte fortgesetzt werden.

In der Wissenssoziologie, deren Vertreter davon ausgehen, dass sich die Gesellschaftsmitglieder zu weiten Teilen ihre eigene Wirklichkeit konstruieren (vgl. Dieckmann, Paul 1983: 174) wird die Konstruktion von Wirklichkeit als Verhandlung von Wirklichkeit begriffen. Dieckmann und Paul verweisen darauf, dass die Wissenssoziologen Peter L. Berger und Thomas Luckmann auch den Ausdruck „verhandeln“ („negotiation“) verwenden, um die „Konstitution gemeinsamer Situationsdefinitionen im Prozeß der

Angleichung unterschiedlicher Typifikationsschemata der Interaktanten“ (ibid.) zu bezeichnen. Als Folie für diese Interaktion dient die Verhandlung im ökonomischen Sinne, analog zu der Beziehung zwischen Käufer und Verkäufer, doch vermeiden es Berger und Luckmann, die ökonomische Verhandlungssituation unmittelbar auf die Interaktionsschemata zu übertragen (vgl. ibid.).

Dieckmann und Paul haben in ihrer Sichtung der unterschiedlichen Lektüren festgestellt, dass die wissenssoziologisch bzw. ethnomethodologisch ausgerichteten interaktionistischen Arbeiten offenbar generell das Aushandlungskonzept an einem Verhandlungskonzept im politisch-ökonomischen Sinne orientieren bzw. Muster des Verhandlungskonzeptes (im Sinne von einem wirtschaftlichen Austauschprozess) für ihr Aushandlungskonzept übernommen haben (vgl. ibid.: 177f.).

Mit dem Aufkommen der Konversationsanalyse differenzierte sich der Aushandlungsbegriff allerdings: Zwar gab es nach wie vor Analytiker, die „aushandeln“ als „verhandeln“ begriffen, die also Handlungsprozesse untersuchten, in denen die Interaktanten im Hinblick auf eine Lösung gemeinsam ein Problem bearbeiten. Der Begriff „aushandeln“ wurde jedoch auch verwendet, um die Kommunikation an sich zu untersuchen und zu beschreiben, Kommunikation an sich wurde verstanden als „aushandeln“:

Kommunizieren selbst wird als Aushandlungsprozeß beschrieben, und erst jetzt werden die Bedeutungen der sprachlichen Ausdrücke, die Sachverhalte, die sozialen Beziehungen zwischen den Akteuren (Status und Rolle), die kommunikativen Handlungsschemata, Anfang und Ende der Kommunikation, Sprecherwechsel und die gesamte Ablauforganisation selbst noch Gegenstände des Aushandelns. (ibid.: 183)

Dass Kommunikation gemeinsam hergestellt wird und von den Interaktanten fortlaufend ratifiziert oder verändert werden muss, ist kein originärer Gedanke der Konversationsanalyse, sondern wurde bereits von früheren wissenssoziologischen und interaktionistischen Vertretern postuliert. Allerdings wurde dieser Prozess nicht mit dem Begriff „aushandeln“ belegt, man verwendete Begriffe wie „etwas gemeinsam definieren“, „konstruieren“ etc. (vgl. ibid.).

Das Problem, das sich aus dieser zweiten Verwendung des Begriffs „aushandeln“ ergibt, ist, dass nicht immer eindeutig zu bestimmen ist (und von den jeweiligen Autoren oft auch nicht explizit beschrieben wird), wie der Aushandlungsbegriff in konversationsanalytischen Arbeiten zu verstehen ist: als Handlungsschema im Sinne von „verhandeln“ oder als interaktionslogisches Muster, das „aushandeln“ als „sich über etwas verständigen“ begreift (ibid.). Eine zweite Frage, die sich ergibt, ist, ob nicht mit der gleichen Begriffsbezeichnung

auch gleiche oder ähnliche Aktivitäten („aushandeln“ als „verhandeln“) impliziert werden (sollen) (ibid.: 184).

Um solche Unklarheiten in der vorliegenden Arbeit zu vermeiden, soll nun also die hier verwendete Bedeutung des Aushandlungsbegriffs vorgestellt werden:

Wie durch die Fragestellung (Kap. 2.2.) bereits deutlich geworden sein sollte, geht es in den von mir analysierten Datenausschnitten um das Krankheitsverständnis des Patienten. Die Therapeutin bietet dem Patienten eine mögliche Erklärung für seine Beschwerden an, sie macht ihm ein Angebot, das er prinzipiell akzeptieren, ablehnen oder modifizieren kann. In Abhängigkeit der Patientenreaktion hat die Therapeutin mehrere Möglichkeiten, ihr Erklärungsmodell weiterzuentwickeln. Am Ende dieses Interaktionsprozesses sollte nach Möglichkeit eine Einigung bzw. Abstimmung beider Akteure über das Krankheitsverständnis stehen. Insofern versuchen beide Parteien gemeinsam eine Einigung herbeizuführen, sie handeln das Krankheitsverständnis aus.³⁴

Das Handlungsschema „aushandeln“ in der oben beschriebenen Bedeutung kann meiner Meinung nach nicht von dem interaktionslogischen Zusammenhang gelöst werden, es schlägt auf die interaktionelle Seite durch. Die Interaktanten können ihre Äußerungen beispielsweise strategisch nutzen und funktionalisieren, um ihren Standpunkt durchzusetzen (vgl. Dieckmann, Paul: 188). Das „Aushandeln“ von Therapeutin und Patient auf interaktioneller Seite soll hier also nicht primär auf das „Sich-Verständigen“ (siehe oben) untersucht werden. Vielmehr soll analysiert werden, wie die Akteure im Hinblick auf das „Sich-Einigen“ auf das Krankheitsverständnis sprachlich und gesprächsorganisatorisch auf einer Turn-by-Turn-Basis interagieren.

³⁴ Die Frage, inwieweit es letztendlich tatsächlich zu einer Einigung kommt, kann erst bei der Analyse der Gesprächsausschnitte beantwortet werden. Wie in der Fragestellung bereits deutlich geworden sein sollte, kann eine Aussage über Einigung oder Nicht-Einigung bzw. über eine Veränderung oder Entwicklung des Krankheitsverständnisses nicht für den gesamten Therapieverlauf, sondern nur für die einzelnen Ausschnitte (bei den Einzelanalysen) sowie für den Verlauf zweier Sitzungen (Verlaufsanalyse), getroffen werden.

5.2. Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses: Therapeutische Verfahren³⁵ und kritische Momente in Aushandlungsprozessen

In diesem Kapitel werden sechs detaillierte Analysen vorgenommen, die den Verlauf von Aushandlungsprozessen im Hinblick auf das Krankheitsverständnis des Patienten nachzeichnen.

Besonderes Augenmerk liegt dabei, neben den allgemeinen, bereits in Kapitel 2.2. vorgestellten Fragen, auf den Verfahren der Therapeutin. Die ausführliche Darstellung dient dazu, zu rekonstruieren, wie die Therapeutin in Abhängigkeit der Patientenreaktionen an dem Krankheitsverständnis des Patienten und letztendlich an einer Abstimmung über ein gemeinsames psychosomatisches Krankheitsverständnis arbeitet. Dabei sollen auch kritische Momente der Aushandlung aufgezeigt werden, die zu einer Transformation oder sogar zu einem Abbruch der Aushandlung führen können. Um die Systematik der Aushandlungsprozesse deutlich zu machen, wird jeweils am Ende einer Analyse das Aushandlungsschema in Kurzform dargestellt. Außerdem findet sich im Anschluss an die Analysen eine Zusammenfassung, die das zielgerichtete Vorgehen der Therapeutin im Hinblick auf die Entwicklung des Krankheitsverständnisses in systematischer Form präsentiert.

Die erste nun folgende Analyse dient zum einen dazu, eine Vorstellung darüber zu vermitteln, wie ein Aushandlungsprozess aussehen kann. Zum anderen können bereits bestimmte Verfahren der Therapeutin nachgezeichnet werden, die in den nachfolgenden Datenausschnitten zum Teil erneut aufgegriffen und analysiert werden.

1) 13800744³⁶

Vor diesem Gesprächsabschnitt hat die Patientin die Sorge geäußert, dass sie durch die neu verschriebenen Antidepressiva zunehmen könnte. Die Tabletten, die sie bis vor einem Jahr eingenommen hatte, hatten zu einer enormen Gewichtszunahme geführt. Die Patientin erklärte, dass sie sich aufgrund des erhöhten Gewichts nicht mehr leiden könne. Auf die Frage der Therapeutin, warum auch nach Absetzung des Medikaments keine

³⁵ Der Begriff „Verfahren“ darf in diesem Zusammenhang nicht mit bewusst eingesetzten therapeutischen Techniken gleichgesetzt werden. Die konversationellen Aktivitäten der Therapeutin können zum Teil durchaus als alltagskommunikative Verfahren angesehen werden. Vgl. dazu auch Kapitel 3 dieser Arbeit.

³⁶ Die in der Schriftart 'Courier New' gehaltenen Abschnitte jeweils vor den Transkripten dienen der Einbettung in den Gesprächskontext.

Gewichtsreduktion eingetreten sei, erklärte die Patientin, dass sie zum Teil tagelang nichts esse, die Gewichtsabnahme aber nur sehr langsam eingetreten sei. Im Anschluss hat sie erneut ihren Selbstekel aufgrund der Gewichtszunahme ausgedrückt. Die Therapeutin erklärte daraufhin, dass es gut sei, auf eine mögliche Gewichtsveränderung zu achten.

01 P³⁷: ja=a,
02 weil ich ich ess überhaupt keinen KÜchen oder süßigkeiten !NIX!
03 !NIX!-
04 T: hm=hm,
05 P: aber das IS halt natürlich-
06 T: könn se sich [VORstelln in so PHAsen wo=s einem (.) SCHLECHT
07 P: [es GEHT nich.
08 T: geht.=j[a?
09 P: [hm=hm,
10 T: wo man auch sag ich mal so was wie ne depression HAT? (--)
11 P: hm=hm,
12 T: KANN=s auch sein sag ich ma dass der ganze (.) STOFFwechsel n
13 bisschen durcheinander is.=[ja?
14 P: [hm=hm,

Die Äußerungen der Patientin spiegeln eine gewisse Ratlosigkeit wider. Sie kann nicht verstehen, dass sie trotz ihrer bewussten Ernährung kein Gewicht verliert. Die Therapeutin ergreift daraufhin die Initiative und bietet der Patientin eine Erklärungsmöglichkeit für ihre langsame Gewichtsreduzierung an. Sie formuliert eine Art These, die sie als Frage verpackt. Der Ausdruck „wo es einem schlecht geht“ (06) wird durch einen Einschub (10) als „Depression“ spezifiziert und auf die Situation der Patientin übertragen. Die Erklärung wird ansonsten aber eher unpersönlich gehalten („wo es einem schlecht geht“, wo man so was wie ne Depression hat“). Die These ist insgesamt sehr vorsichtig und tentativ gehalten: Der Begriff „Depression“ wird zwar ausdrücklich genannt, aber durch das abschwächende „sag ich mal“ und das relativierende „so was wie“ (10) eingeschränkt. Ähnlich wird auch die Stoffwechselstörung vorsichtig beschrieben (12/13). Interessant ist, dass die These zwar als Frage angefangen und auch als solche formuliert wird, die Therapeutin letztendlich aber eine vorsichtige Feststellung trifft. Die Patientin positioniert sich als Hörerin und begleitet die Ausführungen der Therapeutin mit zustimmungsimplicativen Hörersignalen (9/11/14). Sie hält sich mit eigenen Einschätzungen und Bewertungen zurück.

15 T: weil sie sagtn es geht so LANGsam auch dass sie das [(gewicht)
16 P: [ja=a,
17 T: verliern; (-)
18 ne man beWEGt sich nicht so viel wie sonst,=
19 =sie ham geschildert sie gehn nicht so RAUS wie son[st,=ja? (-)
20 P: [ja=a,
21 T: also da fehlt wahrscheinlich (.) beWEGu[ng sonst warn
22 P: [beWEGung;=ja?
23 T: sie sicher mehr in beWEGung,=ja? (-)
24 U:nd es fehlt INSGesamt so an aktivITÄten und vielleicht auch
25 an enerGIE sag ich m[a:-
26 P: [hm=hm,
27 T: die sonst auch dazu: HILFT (.) ja wenn man sich viel ÄRgert
28 kann man auch viel gewicht verliern==ja?
29 P: <<lachend> ja=a,> ((lacht))
30 T: sie sagn ja auch sie schlucken den ÄRger [grad runter,=
31 P: [ja=a,
32 T: das geht ja ALles mit in [()
33 P: [ja=a,
34 P: ja=a,
35 (-)
36 T: das HEIßt das is vielleicht im moment so=und (.) ICH würd
37 sogar soweit gehen selbst wenn sie jetzt noch EIN kilo oder so
38 ZUnehm würden; [ja?
39 P: [hm=hm,
40 T: wär das n SPIELraum- (.)
41 es is WICHTiger dass es ihnen erst mal wieder BESSer geht?
42 P: ja=a kl[ar;
43 T: [dann verliern sie das geWICHT mit der zeit wieder von
44 alleine.
45 P: hm=hm,
46 T: j[a?
47 P: [ja=a; hm=[hm,
48 T: [weil das IS ja wenn sie sich das ANSchaun das is ja
49 alles zeitgleich (--) hat sich das verSCHLECH[tert.=
50 P: [verSCHLECHtert.
51 T: =[() das geWICHT,
52 P: [ja=a,
53 ja=a geNAU.
54 T: die Angst==

³⁷ Das Kürzel P steht jeweils für die Patienten, T steht für die Therapeutin.

55 =da IS ja was;=ja?
56 P: ja=a,
57 T: dass sich so was [AUFbaut;
58 P: [ja=a, ja=a,
59 T: SO weit dass sie jetzt (-) ebn deswegen auch (.) behandelt (.)
60 [werden könn?
61 P: [hm=hm,
62 T: weil man=s jetzt WEIß?
63 [es is (-) SICHTbar geworden?
63 P: [hm=hm,
64 P: ja=a,
65 T: und für sie selber AUCH? (-)
66 und dann kann das NACH und NACH sich auch wieder (erholen)-
67 P: hm=hm,
68 (--)
69 T: und ich würd ihnen () empfehlen jetzt (-) <<seufzend> Okay>
70 jetzt ham se=s (.) bis hierhin geSCHAFFT?
71 P: hm=hm,
72 T: der rest kommt NACH und NACH () sich wieder zurück.
73 P: mh ja=a,
74 T: nehm se das BILD (.) von früher,
75 P: <<lachend> ja=a,>
76 T: () vielleicht wird=s SO oder n bisschen
77 ANders,=ja?
78 P: ja=a,
79 T: sie werden ja dabei auch nich wieder JÜNger,
80 [<<lachend>()>
81 P: [nee=e das is <<lachend> mir klar> [ja=a, ((lacht))
82 T: [das kommt AUCH dazu,=ja?
83 (so) dass sich das dann verände[rt.
84 P: [(aber daheim) guck ich mir oft
85 die BILder an und [denk ich- (.)
86 T: [hm=hm,
87 P: immer wenn ich mich dann JETZ anguck [also- (.)
88 T: [hm=hm,
89 P: ich mag MIR auch nich fotograFIERN lassen nichts;
90 T: ah ja.
91 P: das isch für mich a ALPtr[aum.
92 T: [weil sie sich so sehr nich MÖgen
93 [()
94 P: [nee ich mag mich GAR nich=
95 [=also wenn ich BILder seh, (.)
96 T: [hm=hm,

97 P: MEIN gott sag ich ((atmet tief ein))das soll ICH sein?
98 T: ja,
99 P: oh nee;
100 dann dann (-) ich geh nicht RAUS [ich-
101 T: [hm=hm,
102 hm=hm,
103 P: wo mich keiner SIEHT oder mich KENNT vo von FRÜher kennt und
104 [JETZ, (-)
105 T: [hm=hm,
106 P: und wenn die dann sag (.) mann bischt du !FETT! geworde a a
107 ohne dass die wissen wa[RUM;=ne?
108 T: [ja,
109 T: ja,
110 P: weil die denken ich ESse und ESse;=
111 =dabei ISCH das gar nich so.
112 T: hm=hm,
113 P: sie könn mein MANN fragen,=
113 =manchmal sagt der sogar (.) mensch iss doch wenigststens was;
114 nei damit ich noch !FET!ter werd,
115 T: hm=hm,
116 P: ja=a, (.) das: is scho SCHLIMM.
117 T: ja,
118 P: das is schlimm ja=a,
119 (1.7)
120 T: mh (.) is GUT dass sie=s einfach sehn in diesem
121 geSAMTzuammenhang.=ja?
122 P: hm=hm,
123 T: es HAT irgendwie damit zu tun.
124 P: ja weil (.) früher au hab ich (.) fast nur gegessen,=
125 =ich hab DAS gemacht,=
126 =ich hab mein gewicht immer geHABT [und- (--)
127 T: [hm=hm,
128 P: das hat mir das hat mir geFALLn;=
129 =ich hab mich darin geFALL[n.
130 T: [hm=hm,
131 P: und jetzt überHAUPT nich also- (--)
132 und wenn ich jemand s: SEH wieder wo mich von FRÜher kennt,
133 dann versteck ich mich aus angst dass die sogn oah bist
134 du wieder [FETT und- (-)
135 T: [hm=hm, hm=hm,
136 P: diese FETT oah;

Wie gestaltet sich nun die weitere Aushandlung?

Im Anschluss an die These liefert die Therapeutin, eventuell elizitiert durch die eher zurückhaltenden Hörersignale, einen `account`, eine Begründung, für ihre These (15). Sie konfrontiert die Patientin mit eigenen Aussagen (19) und unterstützt damit ihre These. Diese Konfrontationen spielen, wie generell Rückgriffe auf vorangegangene Gesprächspassagen, bei der Aushandlung des Krankheitsverständnisses eine wesentliche Rolle. Auf den Einsatz dieser Rückbezüge wird in den nachfolgenden Beispielen noch näher eingegangen.

Die Patientin begleitet die Therapeutenaussagen zunächst mit zustimmenden Hörersignalen („ja=a“), auch ihre Wiederholung des Begriffes „Bewegung“ kann als Zustimmung gesehen werden.

Die Therapeutin reformuliert und erweitert ihre Aussage: Die mangelnde Bewegung wird in den Kontext `mangelnde „Aktivitäten“ und „Energie“` gestellt.

Die Therapeutin nennt im direkten Anschluss einen weiteren Grund für die langsame Gewichtsabnahme: den „heruntergeschluckten“ Ärger der Patientin. Erneut verweist sie auf die eigene Aussage der Patientin (30).

Auffällig sind die `tag questions` der Therapeutin. Diese `tag questions` sind nicht nur als Technik zur Redeabgabe zu verstehen (`turn exit device`)³⁸, sondern werden auch eingesetzt, um eine Bestätigung oder verständnisanzeigende Signale des Rezipienten „hervorzulocken“ (vgl. Quasthoff 1981: 301).

Die Patientin stimmt der Therapeutin zu, auch die Platzierung ihrer Hörersignale während des Therapeuten-Turns impliziert Zustimmung.

Die Therapeutin scheint zunächst diese Aushandlung beenden zu wollen: Ihre eher generelle Aussage (36) hat einen abschlussimplikativen Charakter. Sie geht dann insofern auf die Sorgen der Patientin ein, als dass sie ihr klar zu machen versucht, dass die Besserung des Gesundheitszustandes Priorität vor der Gewichtsreduktion haben sollte. Im Anschluss verweist sie allerdings gleich erneut auf den Zusammenhang von einer stabileren Gesundheit und einem Gewichtsverlust (43). Die Patientin stimmt den Therapeutenausführungen zu. Die Therapeutin allerdings lässt ihre Erklärungen nicht auf sich beruhen, sondern bindet ihre These in einen generellen Zusammenhang ein (48), indem sie auf das gleichzeitige Auftreten verschiedener Symptome und die daraus resultierende Verschlechterung des Patientenbefindens aufmerksam macht. Die Patientin akzeptiert diese Erklärung. Die

³⁸ Sacks, Schegloff und Gail Jefferson merken zu `tag questions` an: “That is, when a current speaker has constructed a turn’s talk to a possible transition-relevance place without having selected a next, and he finds no other self-selecting to be next, he may, employing his option to continue, add a tag question, selecting another as next speaker upon the tag question’s completion, and thereby exiting from the turn” (Sacks, Schegloff, Jefferson 1974: 718).

Therapeutin belässt es allerdings nicht bei ihrer Erklärung, sie macht erneut darauf aufmerksam, dass sich der Zustand der Patientin wieder verbessern kann (66). Die Patientin nimmt die Therapeutenausführungen mit so genannten `continuers'³⁹ entgegen.

Die Therapeutin kündigt im Anschluss zwar eine Empfehlung an (69), reformuliert allerdings ihre zuvor getroffene Aussage, dass „nach und nach“ eine Verbesserung eintritt. Diese Aussage wird erweitert und damit auch in gewisser Weise repariert: Mit dem Hinweis darauf, dass die Patientin nicht jünger werde, wird die Aussage, dass der „Rest wieder zurückkommt“ (72) modifiziert. Die Feststellung der Therapeutin („so dass sich das dann verändert“ (83)) ist allerdings ambig: Einerseits kann sie sich auf die Veränderung durch den verbesserten Zustand verweisen, andererseits kann sie sich auch auf die Veränderung durch den Alterungsprozess beziehen. Der Hinweis auf das Bild (74), (die Patientin hatte zuvor von alten Fotos gesprochen, auf denen sie ihr Normalgewicht hatte und auf denen sie sich gefällt), wird von der Patientin wieder aufgegriffen. Allerdings bezieht sie sich nicht auf die zuvor von der Therapeutin in Aussicht gestellten Veränderungen, vielmehr greift sie ihre aktuelle Situation auf und beschreibt ihr Verhalten und ihre Gefühle, die durch ihr Übergewicht ausgelöst werden. Die Erklärungen der Therapeutin und auch ihre eigene zuvor ausgedrückte Zustimmung (73,75,78,81) werden damit, zumindest zum Teil, disqualifiziert: Die Patientin knüpft an ihre Ausführungen vor der hier dargestellten Aushandlungssequenz an, sie geht nicht auf das Erklärungsmodell der Therapeutin ein. Von Therapeutenseite werden die Patientenaussagen zunächst durch unterstützende Hörersignale begleitet. Als die Patientin ihren Turn offensichtlich abgeschlossen hat (118,119), ergreift die Therapeutin die Initiative. Sie rekurriert erneut auf den „Gesamtzusammenhang“, auf den sie zuvor, allerdings nicht mit diesem expliziten Begriff, aufmerksam gemacht hatte. Allerdings werden keine ausführlichen Erklärungen gegeben, der Gesamtzusammenhang wird sehr vage mit „es hat irgendwie damit zu tun“ paraphrasiert (123).

Die Patientin bestätigt die Therapeutenaussage indirekt, indem sie darauf abhebt, dass sie früher auch ihr Gewicht halten können. Mit dem einleitenden „ja weil“ wird zweifach Zustimmung impliziert: Einerseits hat das „ja“ einen bestätigenden Charakter, andererseits wird mit dem „weil“ deutlich gemacht, dass eine unterstützende Begründung für die Therapeutenaussage folgen wird. Die Patientin geht allerdings wieder dazu über, ihre aktuelle

³⁹ Schegloff definiert `continuers' folgendermaßen:

Perhaps the most common usage of `uh huh' [im Deutschen `hm=hm', A.S.] etc. (in environments other than after yes/no questions) is to exhibit on the part of its producer an understanding that an extended unit of talk is underway by another, and that it is not yet, or may not yet be (even ought not to be) complete. It takes the stance that the speaker of the extended unit should continue talking, and in that continued talking should continue that

Situation zu schildern, sie wiederholt im fast identischen Wortlaut (131-34) ihre zuvor getroffenen Aussagen (vgl. 103-107). Der Aushandlungsprozess ist damit zu Ende. Die Therapeutin macht den Vorschlag, dass die Patientin in der psychosomatischen Klinik, in die sie überwiesen werden soll, zusätzlich etwas für eine Gewichtsreduktion tun kann. Sie arbeitet allerdings nicht weiter an ihrem Erklärungsmodell.

Ist es zu einer Abstimmung über das Krankheitsverständnis gekommen?

Inwieweit es tatsächlich zu einer Abstimmung über den Grund für eine Gewichtszunahme gekommen ist, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Die Patientin hat zwar Zustimmung gegenüber den Therapeutenäußerungen signalisiert, sie hat allerdings keine eigenen Einschätzungen geliefert. Ihre jeweils im Anschluss an die therapeutischen Angebote getroffenen Aussagen haben sich eher auf ihre aktuelle Situation bezogen, nicht aber so sehr auf die Erklärungsmuster und Vorschläge der Therapeutin.

Das Schema des Aushandlungsprozesses kann folgendermaßen dargestellt werden:

T: Formulierung der These

P: minimale Zustimmung

T: 'account' + Rückbezüge

P: verhaltene Zustimmung

T: abschlussimplikative Äußerung

P: Zustimmung

T: Herstellung eines generellen Zusammenhanges + Reformulierung der These

P: minimale Zustimmung

T: Reformulierung der These

P: nicht vollständig korrespondierende Äußerung

T: verkürzte Reformulierung der These

P: nicht vollständig korrespondierende Äußerung

Der nachfolgende Datenausschnitt ist besonders im Hinblick auf die ambivalenten Patientenreaktionen und die darauf folgenden Therapeutenaktivitäten zu Beginn der Aushandlung interessant.

2) 13800332

Der vorliegende Gesprächsabschnitt fand gegen Ende der zweiten Sitzung statt.

Die Patientin hatte ihre schwere Kindheit geschildert. Nachdem die Therapeutin das Thema „Kindheit“ zunächst abgeschlossen hatte, um es für die Patientin nicht „zu viel werden zu lassen“, schilderte die Patientin auf gezielte Nachfrage ihre Alpträume, die sie seit einiger Zeit verfolgen.

- 01 P: hatte dann auf einer teilstrecke nen erLEBnis, (-)
02 fuhr die NÄCHSCHte,
03 hatte WIEder nen erleb[nis,
04 T: [hm=hm,
05 P: also ganz KOMisch.
06 und das hatt ich zwei drei MAL.
07 T: das heißt da is GANZ viel LOS.
08 (--)
09 P: ja=a?
10 (1.0)
11 T: und das is GUT so.
12 P: ((lacht))
13 T: auch wenn sie SELber==
14 =sie st:(.)ellten ja die FRAge;
15 sie wissen nich ob=s GUT [oder SCHLECHT is;
16 P: [ja;
17 (--)
18 T: bei !DEM! was sie MITgemacht haben;=ja? (-)
19 und irgendwie das auch so TOLL: denk ich alleINE das bisher
20 geMEIStert haben; (--)
21 irgendwann sucht sich (.) manchMAL (.) sucht es sich alleIN
22 den weg dass es !RAUS!kom[mt;=
23 P: [hm=hm,
24 T: =() und dann gibt=s eben TRÄnen oder- (--) ne?
25 die komm auch von alleIN;
26 () da will was RAUS;=ja?
27 (---)
28 T: und=äh: (--)
29 da KOMMT auch was raus==
30 =also: (-) sie Öffnen sich ja grad auch SEH:R,

31 (---)

32 T: (find ich ganz) [ganz !MU!tig auch ganz TOLL;

33 P: [((lacht))

34 P: ((schnieft))

35 T: (aber) vielleICHT hat das (--) zusammen zu TUN mit dem

36 (wie=s)-

37 (1.0)

38 P: ((schluckt)) (-)

39 ja.

40 kann SCHO [sein.

41 T: [vielleicht ist das !EI!ne seite davon?

42 P: hm=hm,

43 T: dass (.) da einfach so viel DRÜCKT oder SITZT? (1.0)

44 äh:: (.) das sie immer gut WEGgeschafft [haben durch

45 P: [ja=a,

46 T: !AR!beiten;=

47 =und sie ham ja auch am ANfang so ebn; (--)

48 sie sind ja SEHR (--) kontrollLIERT;=

50 =sie möchten ja dass das eigentlich NIEMand mitkriegt.=

51 P: <<lachend>=ja:> [genau.

52 T: [wo sie jetzt auch [SAgtn;=ne?=
53 P: [((lacht))

54 T: =äh: (.) sie möchtn nich dass (da) einer die TRÄnen sieht.

55 sie (.) sie MÖCHtn das ja eigentlich selber nich (habn).(--)

56 das is auch so verSTÄNDlich ();=ja? (---)

57 äh: (-) trotz alleDEM gehört das ZU ihnen. (-) ja?

58 P: <<seufzend> ja>.

59 T: und sie äh: (--)

60 wenn sie wieder (--) wieder geSUND werden WOLL:n- (-) ja?

61 (1.0) () dann gehört auch DIE seite dazu;=

62 =dies (.) NICHhinSCHAU:N-

63 P: wo hab ich jetzt mein TEMpo?

.

.

((27 sec. Auslassung))

.

64 T: [()]

65 P: [((schnäuzt sich))

66 T: ich denk das darf geNAU so sein wie ein schmerz im BEIN?

67 und vielleicht ist DAS sogar DAS was (.) jetzt erstma (--)

68 DA is.=ja?=
69 =weil: (-) wenn SIE:- (jetzt) (-)

70 wenn ich das mal zuSAMmenfass; ja?

71 da gabs diese schlechten NÄCHte;=
72 =diese ALB[träume;
73 P: [ja,
74 P: hm=hm,
75 T: dann die angst vor der DÄMmerung?
76 [das is ja auch schon so wie so:n (.) siGNAL was sie so beREIT
77 P: [hm=hm,
78 P: ja [ja;
79 T: [(gerettet hat); (-)
80 und dann diese (.) verSCHLECHterung des !ZU!standes in den
81 letzten (---) drei JAHRN?=
82 P: =hm=hm,
83 (1.0)
84 T: seit EINem jahr ganz ex[TREM noch mal ANgezogen?
85 P: [ja,
86 P: ja=a,
87 T: man FIND eigentlich NIX;
88 sie FÜHLN sich auch öh: (.) nich verSTANDn;
89 bei dem ARZT nich geSEHN; ne? (--)
90 und da is ja auch ne SEIte die der gar nich KENNT?=
91 =nich SEhen kann? (.) ja?
92 und dann bleiben sie natürlich IMmer: mit dieser seite
93 eigentlich UNgesehn. (-)
94 die is aber (.) DA- (-)
95 und vor allem sie !SEL!ber schau ja auf diese seite AUCh nich
96 so von alleine HIN.
97 P: `hm`hm;
98 T: weiß ihr MANN all das?

Nach den ausführlichen Traumschilderungen der Patientin, die hier nicht dargestellt sind, ergreift die Therapeutin die Initiative, indem sie die Patientin mit der Aussage konfrontiert, dass „ganz viel los“ sei (07). Diese Äußerung schließt einerseits die Patientenäußerungen ab und fasst sie mit dem Reformulierungsindikator `das heißt` zusammen, andererseits hat diese Äußerung einen Ankündigungscharakter, sie macht eine weiterführende Erklärung der Therapeutin erwartbar. Die Reaktion der Patientin ist ambig, das `ja` hat zwar einen bestätigenden Charakter, die Frageintonation kann allerdings eine Unsicherheit markieren. Da die Patientin nicht weiter auf die Therapeutenäußerung eingeht, qualifiziert die Therapeutin ihre Äußerung näher: Dass „ganz viel los“ ist, wird als „gut“ beschrieben. Die Patientin reagiert mit einem kurzen Lachen, das wiederum nicht eindeutig ist. Es kann sowohl

verhaltene Annahme als auch diskrete Ablehnung der vorangegangenen Äußerung ausdrücken. Das Lachen der Patientin veranlasst die Therapeutin dazu, einen `account` (eine Begründung) zu liefern (14/15): Sie begründet ihre Aussage damit, dass die Patientin selbst die Frage danach gestellt habe, ob „es gut oder schlecht ist“. Die Patientin hatte kurz vorher im Gespräch geäußert, dass sie nicht wisse, ob es gut sei, an den Kindheitserinnerungen zu rühren.

Nach dieser Sequenz formuliert die Therapeutin ihre These (18-22). Sie erklärt der Patientin, dass es in ihrer Situation („bei dem, was sie mitgemacht haben“) zu Tränen kommen kann. In einer Einschubsequenz (19/20) bewertet sie das Verhalten der Patientin als „toll“. Dieser Einschub kann dazu dienen, die Brisanz der These zu „entschärfen“: „Dass etwas rauskommt“ wird so nicht als Schwäche dargestellt, sondern als Reaktion auf eine schwierige Situation, die trotz einer `tollen` Bewältigung dieser Situation auftreten kann. Dass die Therapeutin darum bemüht ist, der These etwas von ihrer Brisanz zu nehmen, zeigt sich auch an der Reparatur (21): Die Aussage, dass „es sich allein den Weg“ sucht, wird mit einem „manchmal“ eingeschränkt.

Die Patientin reagiert auf die These minimal mit einem zustimmungsimplicativen Hörersignal.

Die Therapeutin spezifiziert die Aussage „dass es rauskommt“ indem sie „Tränen“ als ein Phänomen benennt. Das „Rauskommen“ der Tränen wird nun als „Rauswollen“ bezeichnet (26), damit wird die Dringlichkeit des „Rauskommens“ noch verstärkt.

Auffällig sind die `tag questions` („ja“, „ne“), die von der Therapeutin am Turnende eingesetzt werden (18,24,26) und die, wie bereits in der ersten Analyse dargestellt, eine bestätigungserheischende Funktion haben können.

Wie gestaltet sich der weitere Aushandlungsprozess?

Da die Patientin nicht auf den Therapeutenturn (27) reagiert, verstärkt und reformuliert die Therapeutin ihre Aussage: Dass „etwas rauswill“ wird nun als Tatsache beschrieben (29).

Im Anschluss, eingeleitet durch das Gliederungssignal `also`, nennt die Therapeutin eine Evidenz für ihre These (30).

Auch auf diese Äußerung reagiert die Patientin nicht.⁴⁰ Das Schweigen der Patientin veranlasst die Therapeutin dazu, das „Sich-Öffnen“ der Patientin als positiv zu kommentieren (32). Die Patientin reagiert abermals mit einem Lachen, das die Therapeutin im Unklaren darüber lässt, wie sie ihre These aufgenommen hat. Sie reformuliert ihre These daraufhin, was

die sequentielle Implikation erhöht.⁴¹ Die Äußerung wird mit einem „vielleicht“ eingeschränkt. Auf gesprächsorganisatorischer Ebene wird also ein Reaktionsdruck aufgebaut, auf lexikalischer Ebene wird die These eher abgeschwächt. Die Therapeutin bricht ihren Turn zunächst ab (36). Eventuell auch deshalb kommt eine Pause zustande, da die Patientin nicht weiß, ob die Therapeutin fort fährt oder ob sie eine Stellungnahme erwartet. Die Äußerung der Patientin ist eher zögerlich. Das bestätigende `ja´ wird mit dem Zusatz `kann schon sein´ retrospektiv eingeschränkt. Die zögerliche Haltung der Patientin genügt der Therapeutin nicht. An dem Punkt des Redebeitrages der Patientin, an dem die Therapeutin deren Intention erkennt, dem so genannten `recognition point´ (vgl. Jefferson 1973: 59), unterbricht sie die Patientin und wiederholt reformulierend ihre These in Frageintonation. Interessant an dieser Wiederholung ist, dass sie zwar einen verstärkten Reaktionsdruck aufbaut, gleichzeitig aber auch eine einschränkende Funktion hat: Die Tränen werden als „eine Seite“ bezeichnet. Auch auf diese Frage reagiert die Patientin minimal. Sie lässt die Frage mit einem bestätigungsimplicativen Hörersignal passieren, ohne inhaltlich dazu Stellung zu nehmen. Die, ebenfalls in Frageintonation realisierte, erklärende Ergänzung der Therapeutin (43) wird nicht beantwortet, so dass es zu einer Pause kommt. Hier nun verlagert die Therapeutin den inhaltlichen Fokus: Sie macht darauf aufmerksam, dass die Patientin ihre Probleme bisher durch das Arbeiten „weggeschafft“ hat und bietet so gleichzeitig eine Erklärung an, warum der `Ausbruch´ der Patientin nicht bereits vorher aufgetreten ist. Die Patientin antwortet mit einem zustimmenden `ja´. Auch die overlap-Position impliziert eine Zustimmung. Die Therapeutin verwendet einen Rückbezug (47), der die Patientin mit ihren eigenen Aussagen am Beginn der Sitzung konfrontiert. Und auch wenn die Äußerung abgebrochen wird und damit unvollständig bleibt, wird deutlich, dass die Therapeutin sich mit ihrer nachfolgenden Äußerung auf zuvor getroffene Aussagen der Patientin bezieht. Die Patientin bestätigt zwar die Aussage, das Lachen scheint die Therapeutin allerdings dazu zu veranlassen, erneut darauf abzuheben, dass die Informationen von der Patientin selbst bereitgestellt wurden (52). Sie reformuliert ihre Aussage (49) noch einmal (51) und fügt hinzu, dass die Patientin selbst diese Seite an ihr möglichst ignorieren möchte. Im Anschluss kommentiert sie ihre Äußerung und hebt damit auf eine persönlichere Ebene ab. Sie beendet

⁴⁰ Ob und inwieweit die Patientin nonverbal auf die Therapeutenäußerungen reagiert, kann nicht berücksichtigt werden, da die Daten nur auf Tonband vorliegen. Diese Einschränkung gilt auch für die folgenden Analysen.

⁴¹ Aspekte einer reformulierenden Wiederholung können sein:

1. Mit der Wiederholung macht der Sprecher deutlich, dass die erste Formulierung thematisch noch relevant ist, eine Antwort noch gewünscht oder erwartet wird.

2. Die Umformulierung baut einen verstärkten Reaktionsdruck auf.

(Matt, Krull, Weingarten 1984: 17, unveröffentlichtes Manuskript, zit.n. Streeck 1989: 145)

ihren Turn mit einer 'tag question' und gibt der Patientin die Möglichkeit, auf ihre Aussage zu reagieren. Da eine Reaktion ausbleibt, fährt sie mit einer Art abschließenden Bewertung fort (56). Das Seufzen der Patientin schränkt ihre inhaltliche Zustimmung ('ja') ein oder macht sie zumindest ambivalent. Die Therapeutin setzt daraufhin zu einer Aufforderung an die Patientin an, sich auch mit dieser von ihr bisher ignorierten Seite auseinanderzusetzen. Sie wird allerdings relativ abrupt von der Patientin unterbrochen (62). Da die Therapeutin der Patientin in den nachfolgenden 27 Sekunden ein Taschentuch holt, was für den Aushandlungsprozess irrelevant ist, wurde diese Sequenz im vorliegenden Transkript ausgelassen. Interessant an dieser Unterbrechung ist allerdings, dass der Patientin Tränen kommen, die Therapeutin mit ihrer These also „den Punkt“ getroffen zu haben scheint.

Die Therapeutin knüpft gleich nach der Unterbrechung wieder an das zuvor besprochene Thema an. Sie spricht der psychischen Seite das 'gleiche Recht' zu wie einem „Schmerz im Bein“. Damit stellt sie das psychische Leiden auf eine Stufe mit einem körperlichen Leiden, was der Patientin eventuell dazu verhelfen soll, nicht nur ihre körperlichen, sondern auch ihre psychischen Beschwerden wichtig zu nehmen. Sie setzt dazu an, ihre Aussage, dass die psychischen Beschwerden der Patientin das ist, „was jetzt erstmal da ist“, zu begründen (67/68).

Interessant ist, dass die psychischen Probleme von der Therapeutin während der gesamten Aushandlung nicht explizit als solche benannt werden, sie bleibt in ihrer Begriffswahl sehr vage („da will was raus“ (26), „dann gehört auch die Seite dazu“ (61), „vielleicht ist das sogar das was jetzt erstmal da ist“ (67)).

Die Therapeutin kündigt eine Zusammenfassung an, die zur Unterstützung ihrer These dienen sollen. Sie zählt Evidenzen auf, die ihre These unterstützen und die zuvor in einem anderen Zusammenhang von der Patientin zur Verfügung gestellt wurden.⁴² Sie verwendet dabei wiederum Techniken ('tag questions', Frageintonation), die eine Rezipientenreaktion elizitieren können. Die Patientin entwickelt während der Zusammenfassung eine verstärkte Höreraktivität, sie reagiert mit zustimmenden 'ja's und anderen zustimmungsimplicativen Hörersignalen ('hm=hm'). Allerdings sind nur am Anfang der Zusammenfassung (verbale) Hörersignale festzustellen. Bei den weiteren Äußerungen der Therapeutin reagiert die Patientin trotz tag-Partikeln und kurzer Pausen nach einem Turn nicht mit Rezeptionssignalen. Die Zusammenfassung endet mit einer Wiederholung der bereits zuvor von der Therapeutin aufgestellten These, dass es diese eine Seite der Patientin gibt (93), und

⁴² An diesem Beispiel wird die ordnende, strukturierende Funktion der Therapeutin deutlich, die zuvor erhaltene Informationen der Patienten systematisch einsetzt, vgl. 6) 13800333

auch die Feststellung, dass die Patientin diese Seite am liebsten ignorieren möchte (vgl. 55) wird modifiziert wiederholt. Wiederholungen können, wie oben gezeigt, dem Rezipienten anzeigen, dass die erste Aussage noch relevant ist und eine Reaktion des Hörers noch aussteht; hier allerdings scheint sie eine eher abschließende Funktion zu haben.

Konnte eine Abstimmung erzielt werden?

Trotz der dispräferiert gestalteten Reaktionen der Patientin, lässt sich eine gewisse Zustimmung ihrerseits feststellen. Ihre Äußerungen sind zwar ambivalent, dennoch scheint die zögerliche Reaktion nicht unbedingt an der Nicht-Akzeptanz der Therapeuten-These zu liegen, sondern eher an der Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild an sich.

Die wiederholte These wird zwar am Ende des Therapeutenturns, relativ verhalten, von der Patientin bestätigt, eine elaborierte Stellungnahme der Patientin bleibt allerdings aus. Die Therapeutin fordert auch keine inhaltlich aussagekräftige Stellungnahme der Patientin ein. Sie selbst beendet den Aushandlungsprozess und stellt die Frage, ob der Mann der Patientin „all dies“ wisse, was darauf schließen lässt, dass sie eine Zustimmung der Patientin annimmt.

Das Schema dieser Sequenz lautet wie folgt:

T: Formulierung der These

P: minimale Zustimmung

T: Spezifizierung + Reformulierung der These

P: Lachen

T: Reformulierung der These

P: zögerliche Reaktion/dispräferiertes Äußerungsformat

T: Reformulierung der These in Frageintonation

P: Schweigen

T: Verlagerung des Fokus + Rückbezug

Unterbrechung

T: Wiederaufgreifen der These + Zusammenfassung (Rückbezüge) als Unterstützung der These

P: minimale Zustimmung

Bisher sollte deutlich geworden sein, dass die Therapeutin gezielt an einer Auseinandersetzung der Patienten mit dem von ihr angebotenen psychosomatischen Erklärungsmodell arbeitet. Auch bei „Störungen“ von Patientenseite gibt es subtile Möglichkeiten, das Modell weiter zu entwickeln, wie am Anfang des folgenden Beispiels deutlich wird:

3) 13800333

Die Therapeutin hat der Patientin eine Graphik gezeigt, die einen direkten Zusammenhang zwischen einem hohen Anspannungsgrad und körperlicher Belastung zeigt. Die Patientin hat bestätigt, dass sie körperlich sehr angespannt ist. Dies wurde ihr auch von einem Physiotherapeuten bestätigt.

Die Therapeutin stellt daraufhin noch einmal, ohne Zuhilfenahme der Graphik, ihr Modell vor. Sie erklärt, dass psychische Beschwerden die ohnehin schon vorhandenen organischen Beschwerden verstärken können. Nachdem die Patientin hinzugefügt hat, dass sie kurzfristig ihren Spannungskopfschmerz durch gezielte Entspannung „entschärfen“ kann, ergreift die Therapeutin das Rederecht.

01 P: Aber (.) das geht dann bloß so=n moMENT bis man zur besinnung
02 kommt;
03 T: hm=hm,
04 P: u:nd: (.) seKUNdenbruchteil, (-)
05 T: is wieder Z[U.
06 P: [isch wieder ZU;
07 T: IS das ne HALtung die sie ihr L::Ebn lang so kennen?
08 also (.) sie (.) ges[tern hattn sie ja n EINblick gegeben-
09 P: [eigentlich NET-
10 T: (---) in ganz SCHWIERige zeit ihrer KINDheit;=ja?
11 P: hm=hm,
12 (.)
13 T: und DA: kann man sich VORstelln dass es in DIESn zeitn auch
14 n DAUeranspannungsgrad gibt;=ja? (--)
15 was WIRD aus MIR? äh:m: (--)
16 wer KOMMT,=
17 =wer verSORGT mich,=
18 =wann gibts ESsen?=
19 =das warn ja alles (.) FRAGEN die dieses KIND (.) sag ich ma
20 so beWEGT haben MUSS;=ja?
21 P: hm=hm,

22 (.)

23 T: un:d=Ode:r,

24 P: also da kann ich mich SO jetzt (.) beWUSST net erinnern;=
25 =ich seh mich bloß immer an dem FENSCHter SITZn.

26 T: genau daran hab ich AUCH geDACHT; [(ebn)

27 P: [hm=hm,

28 T: hab geDACHT was macht ein KIND=äh (-) äh am FENster?=
29 =das SCHAUT==
30 =das [WARTet;=

31 P: [hm=hm,

32 T: =nehm ich [AN==

33 P: [hm=hm,

34 T: =auch WARTet-
35 guckt vielleICHT auf den WEG==
36 =wann kommt [() die PFLEgemutter?

37 P: [ja ja oder ja wann kommt überHAUPT je[mand, ne,
38 T: [wann kommt

39 Jemand=ä:hm- (.)
40 und was pasSIERT auch?=
41 =al[so so die SUche (zwi[schn)

42 P: [ja [ja ich hatte ja keine SPIELsachn;=
43 =ich hatte ja gar nix.
44 (---)

45 T: ne?
46 dies (.) Abgelenkt[seinWOLLn==

47 P: [hm=hm,

48 T: =sich mit was beSCHÄftign==
49 [=also- (.) die einzige CHANCE die sie ha[ttn die ham sie

50 P: [hm=hm, [ja,

51 T: geNUTZT;=ja?=
52 P: =ja,
53 (---)

54 T: aber ä:hm (---) von DAher=s denk ich mal (--) K:ÖNNT ich mir
55 VORstelln dass das auch was IS was sie: (-) in der FRÜHen
56 zeit (.) sehr stark (2.2) KÖRperlich auch geSPÜRT ham?=
57 =so ne ANspannung, (.) ja? (--)
58 und=äh:m (--) was auch (.) im JETZigen beRUFsleben was
59 natürlich was sie SAGn was !VIE!le habn die akTIV sind. ja?

60 P: hm=hm,

61 T: wo es wie so: (.) es is was ALtes vielleicht auch mit dabei
62 aber viel auch was NEUES.=[ja?

63 P: [hm=hm;

64 (--)
65 T: und es sind ja durchaus ANDre SCHWEre KRIsen durch die sie
66 schon gegangen sind AUCh.
67 P: hm=[hm,
68 T: [also (.) nur von DEN von den sie mir erzÄHLT haben:=
69 =und da mögn noch ANDre sein (.) die sie jetzt NICH erzählt
70 ham und auch gar nich (.) erzÄHLen BRAUchen.
71 und [()
72 P: [oder gar net mehr WEIß; o[der,
73 T: [hm=hm,
74 T: Ebn.
75 P: ja ja.
76 T: manchmal (.) durchläuft man das ja auch so UN[bewusst.
77 P: [hm=hm,
78 (1.0)
79 P: des isch auch in der FIRma so.=
80 =ich mein immer man müsst alles hundertFÜNFzigprozent
81 mach[n.
82 T: [hm=hm,
83 (--)
84 P: u:nd ich denk immer wenn ICHs jertz nich fertig mach machts n
85 ANdrer nich fertig;
86 und die verLAssen sich jertz natürlich scho daDRAU[F.
87 T: [hm=hm,
88 (--)
89 P: ge und (.) na,
90 T: das heißt es STEIGT und STEI[GT und STEIGT.
91 P: [ja,
92 P: ja,
93 T: die SCHWELle.
94 P: ja ja.
95 (1.0)
96 T: wie war das so in der äh: PFLEgefamilie? (---)
97 warn sie da auch n KIND was eher sehr ähm (--) sehr
98 HILFSbereit war?
99 es versucht hat GUT zu machen?

Die Frage der Therapeutin (07), die sie im Anschluss an die Patientenschilderung stellt, scheint keine „echte“ Frage zu sein, denn die Therapeutin stellt der Patientin keinen `slot`⁴³ zur Verfügung, in der diese eine Antwort produzieren kann. Die Möglichkeit, dem Rezipienten eine Gelegenheit zu geben, bei einer Paarsequenz (in diesem Fall eine Frage-Antwort-Sequenz) das zweite Paarteil zu formulieren, ist eine „Obligation für den Initiator einer Paarsequenz“ (Bergmann 1980: 76). Die Therapeutin hingegen fährt damit fort, ihre Frage zu explizieren und auf die Kindheit der Patientin zu beziehen.⁴⁴ Die Frage ist in diesem Fall eher als Einstieg zu einem Topicwechsel zu verstehen. Schon vor Turn-Ende der Therapeutin verneint die Patientin die Frage. Sie interpretiert also die Frage als „echte“ Frage und produziert eine Antwort. Da von der Therapeutin kein `slot` zur Verfügung gestellt wurde, kommt es zu einer Überlappung (08/09). Die Ablehnung der Patientin wird von der Therapeutin nicht aufgegriffen, sie fährt ohne Reparatur mit ihrer Äußerung fort. Es kommt allerdings zu einer kürzeren Pause, bevor die Therapeutin mit ihrem Turn fortfährt (10). Den Rückbezug der Therapeutin („gestern hatten sie einen Einblick gegeben in eine schwierige Zeit ihrer Kindheit“) lässt die Patientin mit einem zustimmenden Hörsignal passieren. Die Patientin verzichtet an dieser Stelle auf die Turn-Übernahme, da ein expliziter `account` der Therapeutin für die vorangegangene Frage noch nicht geliefert wurde, eine nachfolgende Handlung also noch erwartbar ist. Im Anschluss formuliert die Therapeutin ihre These (13/14). Sie bezieht sich darauf, dass es in „diesen Zeiten“ einen „Daueranspannungsgrad“ geben kann. Die These wird lexikalisch relativ zurückhaltend realisiert („da kann man sich vorstellen“). Das „ja“ am Ende des Turns (14) wird als Elizitierungstechnik eingesetzt: Eine Bestätigung der Patientin ist erwünscht. Die Therapeutin überlässt der Patientin die Möglichkeit, auf ihre These einzugehen (Pause bei 14).

Die Patientin reagiert allerdings nicht auf die These. Da es keine erkennbare Reaktion der Patientin gibt, fährt die Therapeutin mit ihrer Äußerung fort: Sie arbeitet an einer Reaktion der Patientin. Interessant ist, dass die zunächst abstrakt formulierte These nun konkret auf das Erleben der Patientin als Kind zugeschnitten wird. Auffällig ist auch die Perspektivenübernahme der Therapeutin („was wird aus mir“). Auf die zunächst

⁴³ `Slots` sind Stellen, an denen der Hörer die Gelegenheit bekommt, „auf eine vorangegangene konversationelle Aktivität Bezug zu nehmen; sei es den Gruß zu erwidern, eine Antwort auf eine Frage zu geben, eine Erzählung zu honorieren oder auch ein Gespräch zu beenden.“ (Streck 1989: 143).

⁴⁴ Um den vorliegenden Datenausschnitt besser verstehen zu können, hier ein paar Anmerkungen zur Kindheit der Patientin: Die Mutter der Patientin starb, als die Patientin vier Jahre alt war. Die Patientin und ihre Geschwister wurden in verschiedenen Familien untergebracht. Die Pflegemutter der Patientin ließ sie tagsüber allein. Die Patientin bekam tagsüber nichts zu essen. Ihr Vater und ihre Brüder wurden verjagt, wenn sie sie besuchen wollten. Letztendlich alarmierte der Vater das Jugendamt, das dafür sorgte, dass die Patientin von ihrer Pflegefamilie weggebracht wurde. Die Patientin wurde später von der Schwester ihres Vaters und dessen Mann adoptiert.

abschließende Bemerkung (19/20), die wiederum mit einer `tag question` beendet wird, reagiert die Patientin mit verhaltener Zustimmung. Dies scheint der Therapeutin als Reaktion auf die These allerdings nicht zu genügen, da sie dazu ansetzt, erneut das Rederecht zu übernehmen.

Wie verläuft der weitere Aushandlungsprozess?

Da die Therapeutin zunächst nach Worten sucht (23), setzt die Patientin an und übernimmt das Rederecht. Sie disqualifiziert sozusagen ihr zuvor produziertes zustimmungsimplicatives Rezipientensignal (21) und erklärt, dass sie sich nicht mehr bewusst an ihre Kindheit erinnern kann. Sie offeriert der Therapeutin das Bild des am Fenster sitzenden Kindes. Interessant ist hier, dass das „Nichterninnern“ der Patientin von der Therapeutin nicht weiter thematisiert wird. Die Therapeutin greift vielmehr das Bild der Patientin auf, erklärt es zu ihrem eigenen Bild („genau daran hab ich auch gedacht“) und fährt mit der konkreten Schilderung der „Kindheitserlebnisse“ fort. Die Patientin begleitet diese Schilderungen mit `continuers`.

Die Schilderungen der Therapeutin werden von der Patientin unterbrochen, als diese das Warten auf die Pflegemutter anspricht. Die Patientin reagiert zunächst zustimmend (37: „ja ja“), sie „verschiebt“ allerdings das „Warten auf die Pflegemutter“ auf das „Warten auf überhaupt jemanden“. Sie übernimmt zwar die syntaktische Konstruktion der Therapeutin („syntaktische Solidarität“, vgl. Baus, Sandig 1985: 159), durch die Verlagerung wird allerdings ein impliziter inhaltlicher Widerspruch deutlich. Diese Intervention der Patientin scheint von der Therapeutin nicht erwünscht zu sein. Sie unterbricht ihrerseits die Patientin, überlässt ihr also nicht das Rederecht. Allerdings geht sie auf die Intervention der Patientin insoweit ein, als dass sie ihren Turn repariert und die Formulierung der Patientin wiederholt. Die anschließende Therapeutenäußerung wird wiederum von der Patientin unterbrochen. Formal stimmt die Patientin der Therapeutin zwar zu (42: „ja“), dennoch bietet sie ein „Bild“ an, das nicht in direkter Beziehung zu der Therapeutenäußerung steht. Ihre Anmerkung wurde eventuell durch die Therapeutenfrage („und was passiert auch“) elizitiert, insofern schließt ihre Äußerung an die Therapeutenäußerung an. Sie überlässt der Therapeutin allerdings anschließend das Rederecht (44). Auch hier impliziert die Therapeutin wiederum, wie bereits in 26, dass das von der Patientin Gesagte mit ihrem Modell übereinstimmt. Das „ne“ (45) scheint nahe zu legen, dass die Patientin das zuvor von der Therapeutin bereitgestellte Erklärungsmodell bestätigt hat und die Therapeutin auf dieser Grundlage mit ihrer Äußerung fortfahren kann. Die Therapeutin greift das konkrete „Thema“ „keine Spielsachen“ auf und formuliert es abstrakter als „Abgelenktseinwollen“, „Sich mit was beschäftigen“.

Interessant ist, dass die Therapeutin mehrmals mit ihren Folgeäußerungen (26, 38, 45) einen Konsens zwischen ihrem Modell und den Äußerungen der Patientin herstellt, der von der Patientin in dieser Form nicht beabsichtigt zu sein scheint. Durch die, zum Teil reformulierten, Wiederholungen und in einem Fall durch die Bemerkung, dass sie an das Gleiche gedacht habe wie die Patientin (26) integriert sie die Patientenäußerungen in ihr Modell, „verleibt“ sie quasi „ein“. So werden retrospektiv die Patientenäußerungen „auf Linie“ gebracht.

Die Therapeutin verschafft sich so die Möglichkeit, ihr Modell weiterzuentwickeln, auch wenn es durch die Bemerkungen der Patientin zu einer Expandierung ihres Turns kommt.

Zu überlegen ist an dieser Stelle auch, ob es zu einem Konflikt zwischen Mustern der Alltagskommunikation und der therapeutischen Kommunikation kommt, der allerdings durch die „Integrationstechnik“ der Therapeutin entschärft wird: Die Therapeutin sammelt Evidenzen, um ihre These (Daueranspannungsgrad in der Kindheit) zu unterstützen, sie arbeitet zielgerichtet: Dies wird auch daran deutlich, dass sie ihre These einige Turns später wiederholt, ihr „Modell“ also weiterverfolgt (siehe unten). Die Patientin allerdings stellt vielmehr Informationen aus ihrer Kindheit bereit, die zwar „topikalisch kohärent“⁴⁵ sind, die aber eventuell mit der Zielgerichtetheit der therapeutischen Vorgehensweise insofern kollidieren, als dass sie für diese spezifische Aushandlung vernachlässigbar sind.

Nachdem die Therapeutin die Aussagen der Patientin in abstrakter Form aufgegriffen hat (46, 48), schließt sie die Schilderungen der „Kindheitserfahrungen“ ab (49,51). Auch hier wird eine Reaktion der Patientin durch die Verwendung eines tag-Partikels elizitiert. Die Hörersignale der Patientin sind zustimmend. Da die Patientin die „Anmerkung“ der Therapeutin nicht weiter kommentiert, kommt es zunächst zu einer Pause. Die Therapeutin formuliert nun erneut ihre These (54), die bisherigen Patientenreaktionen scheinen ihr noch nicht ausreichend gewesen zu sein. Der Patientin soll offensichtlich noch einmal die Möglichkeit gegeben werden, auf die These zu reagieren. Die zuvor geschilderten Kindheitserfahrungen werden als unterstützende Evidenzen für die These „behandelt“ („von daher denk ich mal“).

Die These wird als Frage intoniert, am Ende lässt sich wiederum eine `tag question` finden: Eine Reaktion der Patientin soll also „hervorgeholt“ werden.⁴⁶ . Da die Patientin nicht auf

⁴⁵ Unter „topikalischer Kohärenz“ verstehe ich mit Jefferson: „Topical coherence is roughly defined as a current utterance standing in an appropriate continuous relationship to ongoing talk.“ (1978: 248)

⁴⁶ `Tag questions` und Frageintonation werden zwar als Techniken eingesetzt, um eine Antwort oder Bestätigung des Rezipienten zu elizitieren. Zu fragen ist allerdings, ob sie in einem therapeutischen Kontext nicht auch noch andere Funktionen übernehmen können: So können `tag questions` den Patienten eventuell noch stärker in das

die These reagiert, obwohl ihr von der Therapeutin ein `slot` bereitgestellt wurde (57), erweitert die Therapeutin die These: Die Anspannung in der „frühen Kindheit“ wird auch auf die aktuelle „Erfahrungswelt“, das „jetzige Berufsleben“, bezogen. In der folgenden Äußerung wird dann das „Alte“ und das „Neue“ abstrakter formuliert, die These wird in verkürzter Form wiederholt. Die Patientin reagiert verhalten mit `continuers`, eine inhaltliche Stellungnahme bleibt aus. Da die Patientin kein Rederecht beansprucht, fährt die Therapeutin fort. Sie erweitert erneut ihre These, indem sie sie auch auf „andere Krisen“ der Patientin bezieht (65). Die Äußerung, dass es Krisen der Patientin gab, die sie im therapeutischen Gespräch nicht eingebracht hat und die sie auch nicht einbringen muss, wird von der Patientin mit einem `account` beantwortet: Sie hat von den anderen Krisen nicht berichtet, da sie diese eventuell „gar nicht mehr weiß“. Dies wird von der Therapeutin zustimmend beantwortet und mit ihrem Expertenwissen kommentiert (76).

An der redeübergaberelevanten Stelle, die durch eine Gesprächspause entsteht (78), übernimmt die Patientin das Rederecht. Sie geht allerdings nicht auf die unmittelbar zuvor thematisierten „anderen Krisen“ ein, sondern bezieht sich auf ihre berufliche Situation, die die Therapeutin einige Turns vorher als Anspannungsfaktor genannt hatte. Mit dieser Äußerung ratifiziert sie nachträglich die These der Therapeutin, zumindest den erweiterten Teil, der sich auf das Berufsleben der Patientin bezogen hatte. Die Patientin schildert ihren beruflichen Ehrgeiz und die Verantwortung, die sie übernimmt. Aus dem Kontext heraus ist zu verstehen, dass es sich bei dieser Äußerung nicht etwa um ein Selbstlob handelt, sondern eher um eine „Beschwerde“, die die These der Therapeutin bestätigt. Die Therapeutin überlässt der Patientin zunächst den `floor`: Sie produziert `continuers` und verzichtet an redeübergaberelevanten Stellen auf die Turnübernahme. Als die Patientin dann allerdings „Formulierungsschwierigkeiten“ hat (89), übernimmt die Therapeutin wieder die Initiative mit einem Reformulierungsindikator („das heißt“) und bezieht die Patientenäußerungen wieder auf die (steigende) Anspannung, ohne den Begriff „Anspannung“ allerdings zu benennen (90). Die Patientin stimmt dem durch inhaltlich aussagekräftige Hörsignale („ja“) zu. Die Therapeutin fährt mit einer Frage fort, die sich wiederum auf die Kindheit der Patientin bezieht. Die Frage scheint durch das zuvor von der Patientin bereitgestellte Hintergrundwissen (79) motiviert zu sein: Das „hundertfünfzigprozentige“ Arbeiten wird nun auf die Kindheit bezogen.

Gespräch einbeziehen, ohne tatsächlich eine Antwort einzufordern, und die Frageintonation kann den „Deklamationscharakter“ einer Äußerung abschwächen (vgl. dazu Baus/Sandig 1985: 160)
Eine systematische Analyse dieser Verwendung kann in dieser Arbeit jedoch nicht geleistet werden.

Der Aushandlungsprozess, der durch die von der Therapeutin initiierte These ausgelöst wurde, scheint an dieser Stelle zu Ende zu sein. Zwar rekurriert die Therapeutin erneut auf die Kindheit der Patientin (und auch auf einen Komplex, der sich auf die Anspannung beziehen kann), das Thema „Anspannung“ wird aber im Anschluss nicht mehr explizit aktiviert.

Inwieweit konnte eine Abstimmung erzielt werden?

Die Patientin stimmt der These „Daueranspannungsgrad in der Kindheit“ nicht zu. Sie liefert gleich zu Beginn den `account` für ihre Haltung: Sie kann sich nicht mehr an ihre Kindheit erinnern. Zwar lässt sie sich auf die Schilderungen der Therapeutin ein und steuert selbst letztendlich doch Erinnerungen aus ihrer Kindheit bei, eine Zustimmung zur These bleibt jedoch aus. Erst nachdem die Therapeutin ihre These erweitert und auf die aktuelle Situation bezieht, stimmt die Patientin dem zu.

Der Aushandlungsprozess kann schematisch folgendermaßen zusammengefasst werden:

T: Formulierung der These

P: Schweigen

T: konkrete Unterstützung der These

P: Ablehnung (`account`)

T: Aufgreifen der Ablehnung + Weiterführung der These

P: nicht vollständig korrespondierende Äußerung

T: Aufgreifen der P-Äußerung + Weiterführung der These

P: nicht vollständig korrespondierende Äußerung

T: Aufgreifen der P-Äußerung + Reformulierung der These

P: Schweigen

T: Expandierung der These

P: minimale Zustimmung

T: erneute Expandierung/Modifizierung der These

P: Zustimmung zur ersten Expandierung

Auch an dem folgenden Datenausschnitt kann gezeigt werden, dass die Patienten die Möglichkeit haben, bestimmte Äußerungen (vor allem konkrete Rückbezüge) der Therapeutin aufzugreifen, was zu einer Aussetzung des Aushandlungsprozesses führen kann. Diese Momente können für die Aushandlung kritisch sein und letztendlich auch zu einer Transformation oder sogar zu einem Abbruch der Aushandlung führen. Das wird auch an den sich anschließenden Analysen deutlich.

4) 13800923

Die Patientin hatte geschildert, dass sie als Kind von ihrem Bruder, aber auch von den Lehrern geschlagen wurde. Der Vater hatte sich nicht für sie eingesetzt. Er hatte seine Schwerhörigkeit als Entschuldigung für sein passives Verhalten angeführt. Die Patientin hatte nach Erklärungsmustern für sein Verhalten gesucht, sie hatte erklärt, dass sie keine Wut gegenüber dem Vater empfindet. Sie bezeichnet den Vater als „bedauernswerten Menschen“, der nur die Arbeit gekannt habe. Hier nun ergreift die Therapeutin die Initiative.

01 T: ja aber ganz wichtig für sie SELber;=
02 =für !IHR! eigenes verSTÄNDnis;=ja?=
03 =für !IHR! in der WELT sein. (.)
04 sie hatten ja am AN[fang als sie in das ZIMmer kam--=
05 P: [ja,
06 T: =wo is mein PLATZ auch,=[ja?
07 P: [ja;
08 P: ja;
09 (--)
10 T: äh:m- (--)
11 P: DAS sind die SACHn wo mir (halt/heut) WICHTig si[nd.
12 T: [geNAU.
13 P: ja (-) wo ich SEH (-) für MICH (.) muss ich SCHAUen.=
14 =ich MUSS für mich [SCHAUen.
15 T: [<p> hm,>
16 P: WO isch MEINS.
17 T: <<p> hm,> (.)
18 und ICH überLEge jetzt so: ähm (1.2)
19 FRÜhe KINDheit; (-) ne?

20 die (.) mh bedROHnung durch die SCHLÄg[e:-
21 P: [hm=hm,
22 T: der MANgelnde schutz;=
23 =also ebn auch DA ne ständige ANspannung;=
24 =was KOMMT=äh:- (-)
25 wie RETT ich mich vielleicht auch,=
26 P: =ja=a,
27 (--)
28 T: also immer DIEsn (.) sie ham das ja SEHR EIN(.)drücklich
29 geSCHILDert bei dieser SCHNITTwunde;
30 so diesn NOTfallpla:n;=[ja?=
31 P: [ja-
32 T: =das war ja Eigent[lich ne funktION die sie schon sehr sehr
33 P: [ja-
34 T: FRÜH auch (.) HAben mussten.=ja?
35 P: ja,=
36 T: =vielleICHT wie geh ich meim (.) BRUder aus m WE:G oder- ja?
37 P: ja=a,
38 T: wo kann ich !HIN!?=
39 P: =ja=[a,
40 T: [oder--ne?
41 T: das [war sicher AUCh [(gedanken)
42 P: [ja=a, [also (.) DOCH DOCH; (.) ja?
43 T: KANN ich mir auch [<p> VORstelln.>
44 P: [aber aber EI (.) EInes nachts mal AB ausm
45 FENSCHter raus und so wo der [wo (er mich) (--) SCHLÄgen
46 T: [AH ja; ja-
47 P: wollte.
48 P: [ja,
49 T: [hm,
50 P: also [das ja-
51 T: [hm,
52 T: ja? (--)
53 wo ich so DENK äh:m (-) das is eigentlich so ne (.)
54 DAUer(.)beLASTung die sie da auch (.) erLE[BT haben.=ja?
55 P: [hm=hm,
56 T: n:achher hat sichs dann verLAGert;=
57 =da gings um die sorge um die KINder--
58 =aber (.) ÄHNlich auch dieses- ne?
59 UNter-
60 P: ja,
61 T: SPANnung s[ein.=[ja?

62 P: [ja, [ja-
63 P: und da war des (.) dann WIEde:r auch. (-)
64 also (--) den KINdern (--) BESCHTMöglichste SCHUTZ geben.
65 () das JA [nix;
66 T: [hm=hm,
67 P: und ich möcht mir NIX zuschulden [kommen lassen;
68 T: [hm=hm,
69 P: das [war,
70 T: [hm,
71 P: ja (.) also das wa war ganz a schlimmes THEma,
72 [aber so (.) nit das ich irgendwie für was äh: (.)
73 T: [hm=hm,
74 T: ver[ANTwortlich ().
75 P: [() hättescht du DAS gemacht wär,
76 T: hm=[hm,
77 P: [das nit [und so,
78 T: [hm=hm,
79 P: [()
80 T: [ne sie sagn grad (.) den kindern den BESTmöglichsten schutz
81 geben und daVOR (.) kurz davor berichteten sie ja noch von
82 ihm VATER der so (.) FREIgehalten war der sie ebnt ja nich
83 (.) SCHÜtzen KONNte.
84 [weder in der SCHULE vor den SCHLÄ:gen noch [vor den schlägen
85 P: [ja, ja, [ja,
86 T: des BRUders;=[ne?
87 P: [ja,
88 T: also und wo sie SELber jetzt (.) in der ROLle als ELtern als
89 MUTter dann [gemerkt haben (.) BESTmöglichsten schutz.=ne?
90 P: [ja,
91 P: ja,

Die Therapeutin interveniert, indem sie betont, dass es ihr um die Patientin selbst geht („ganz wichtig für sie selber“, „für ihr eigenes Verständnis“). Eingeleitet wird ihre Äußerung mit „ja aber“, dem hier eine affirmativ-adversative Doppelfunktion zugeschrieben werden kann (Koerfer 1979): Das „ja“ bestätigt die Aussagen der Patientin, das „aber“ markiert, dass die Therapeutin (noch) auf etwas anderes hervorheben möchte. Die Therapeutin verweist mit einem Rückbezug auf den Anfang der therapeutischen Sitzung, in der die Patientin wohl nach „ihrem“ Platz gesucht hat. Vermutlich soll damit das „eigene Verständnis“ der Patientin aufgezeigt werden. Die Patientin geht zunächst mit zustimmenden Rückmeldesignalen darauf ein. Als die Therapeutin eine Pause macht, die mit einem `floor holder` besetzt wird (10:

„ähm), übernimmt die Patientin das Rederecht und liefert einen `account` für die „Platzsuche“: Es ist ihr wichtig, für sich selbst zu gucken, „wo isch meins“. Die Therapeutin überlässt der Patientin zwar zunächst das Rederecht und bestätigt ihre Aussagen auch mit „genau“, sie deutet aber mit ihren Hörersignalen darauf hin, dass sie den Turn übernehmen möchte. Da die Patientin offensichtlich ihren Turn abgeschlossen hat, setzt die Therapeutin zur Formulierung ihrer These an (18). Eingeleitet wird die These mit einer „Formulierung“⁴⁷ („und ich überlege jetzt so“). In diesem Fall kann die Formulierung die Patientin auf eine (wenn auch nicht genau spezifizierte) Folgeäußerung der Therapeutin vorbereiten (vgl. *ibid.*: 119). Die Therapeutin benennt schlagwortartig in Nominalphrasen die zuvor besprochenen Themenkomplexe („frühe Kindheit“, „Bedrohung durch Schläge“, „mangelnder Schutz“). In (23) wird die Kernaussage benannt, es geht um die „ständige Anspannung“, die durch die Kindheitserfahrungen ausgelöst wurde. Das „auch“ bezieht sich auf eine vorige Sequenz, in der die Therapeutin der Patientin ihr „Anspannungsmodell“ in einem ähnlichen Zusammenhang angeboten hatte (vgl. 5) 13800923). Nach der Formulierung der Kernaussage bietet die Therapeutin der Patientin, teils mit Perspektivenübernahme ihres Gegenübers, Fragen an, die sich die Patientin als Kind gestellt haben könnte. Die Reaktion der Patientin ist zwar zustimmend und wird im schnellen Anschluss geliefert, sie ist aber doch relativ verhalten. Die Patientin bestätigt zwar die These (26), liefert aber keine explizite Ratifizierung oder eigene Erklärungen.

Wie verläuft der sich anschließende Aushandlungsprozess?

Da die Patientin offenbar nicht das Rederecht übernehmen will, obwohl die Therapeutin ihr einen `slot` bereitstellt (27), fährt die Therapeutin fort. Mit dem Gliederungssignal „also“ markiert sie, dass ihre Äußerung sich an ihre vorangegangene Äußerung anschließt. Die Therapeutin verwendet einen Rückbezug, um ihre These zu untermauern: Sie benutzt das von der Patientin zuvor bereitgestellte Wissen und arbeitet es für den aktuellen Kontext auf (vgl. dazu Ordnungsfunktion der Therapeutin: 6) 13800333). Die Patientin hatte geschildert, dass sie sich, allerdings bereits als Erwachsene, an einer Glasscherbe geschnitten hatte und trotz

⁴⁷ Harold Garfinkel und Harvey Sacks definieren Formulierungen als eine Konversationstechnik, mit der man irgendeinen Teil der Unterhaltung „zum Anlass nehmen [kann], diese Unterhaltung selbst zu beschreiben, sie zu erklären, zu charakterisieren, zu explizieren, zu übersetzen, zusammenzufassen, das Wesentliche herauszuarbeiten, das Übereinstimmen mit Regeln festzustellen oder das Abweichen von Regeln zu konstatieren.“ (1976: 146) Formulierungen sind „Mit-vielen-Worten-Sagen-was-wir-tun [...] (oder worüber wir sprechen, oder wer spricht, oder wer wir sind, oder wo wir sind).“ (*ibid.*: 147). Die hier verwendete „Formulierung“ sowie auch die „Formulierungen“ in den nachfolgenden Analysen können allerdings durchaus als therapeutisches Spezifikum gesehen werden. Der Einsatz findet routiniert statt.

der stark blutenden Wunde versucht hatte, einen klaren Kopf zu bewahren. Sie hatte selbst noch an den Impfpfass gedacht, als sie ins Krankenhaus gebracht wurde. Dieser spezifische Einsatz von Rückbezügen scheint generell zur Vorgehensweise der Therapeutin zu gehören (vgl. auch vorangegangene Analysen): Sie stellt eine relativ abstrakte These auf, die im Anschluss mit konkreteren Informationen aus der Lebenswelt der Patienten „unterfüttert“ wird.

Die Therapeutin fährt mit ihrem Turn fort und bezieht sich wieder auf die Kindheit der Patientin. Dies geschieht erneut in Frageform und mit Perspektivenübernahme der Patientin. An den Hörsignalen der Patientin ist eine zustimmende Haltung abzulesen: Sie reagiert mit zustimmungsimplicativen Hörsignalen, auch die Platzierung der Hörsignale impliziert, dass die Patientin mit dem Therapeutenäußerungen einverstanden ist. Ein „ja“ wird in overlap-Position zu der `tag question` produziert (30/31), ein Rückmeldesignal wird während des Turns realisiert (32/33), eines findet sich in angeklebter Position zum Therapeuten-Turn (38/39). Mit der anschließenden Äußerung scheint die Therapeutin zunächst noch weitere Gründe suchen zu wollen („oder“) sie bricht dann aber ab und hängt ein `tag-Partikel` an. Die Therapeutin setzt ihren Turn mit einer generellen, eher abschließenden Aussage („das warn sicher auch Gedanken“) fort. Die Patientin reagiert zustimmend. Die Therapeutin kommentiert die Reaktion der Patientin mit einer Äußerung, die ihre eigene „Einstellung“ deutlich macht (43) und die eine gemeinsame Wahrnehmung von Therapeutin und Patientin implizieren kann. Die Patientin unterbricht den Therapeuten-Turn (44), sie bietet der Therapeutin eine Erfahrung aus ihrer Kindheit an, die ihre These unterstützt. Das „aber“ ist etwas seltsam platziert, da es eigentlich eine adversative Bedeutung hat, hier aber eine unterstützende Information geliefert wird. Dieser Turn wird von der Therapeutin mit einem `generalized acknowledger` („ah ja“) entgegengenommen. Die Therapeutin scheint der Patientin allerdings nicht das Rederecht überlassen zu wollen, ihre Hörsignale können als `turn entry device` verstanden werden. Auch die `tag question`, die vor Beendigung der Patientenäußerung eingesetzt wird, deutet daraufhin, dass sich die Therapeutin das Rederecht sichern möchte.

Bevor die Analyse fortgeführt wird, soll an dieser Stelle auf einen möglichen Konflikt von therapeutischer Kommunikation und Alltagskommunikation eingegangen werden. Die Therapeutin hatte zur Unterstützung ihrer These Kindheitserfahrungen der Patientin angeführt. Da es um ihre eigene Erfahrungswelt geht, liefert die Patientin auch ein konkretes Erlebnis ihrer Kindheit. Hier kann auf die so genannte Initiantenrolle verwiesen werden. Der Initiant eines „Aktivitätskomplexes“ hat „zwar ein Vorrecht in der Bestimmung der

zukünftigen Aktivitäten [...], er [muss] damit zugleich vorab (bis auf weiteres) die Aktivitäten seines Partners, die er auslöst und soweit sie als korrespondierende Äußerungen anzusehen sind, akzeptier[en].“ (Kallmeyer 1978: 239). Dies scheint für die vorliegende Sequenz nicht vollständig zuzutreffen: Die Therapeutin initiiert die These und benutzt Kindheitserfahrungen der Patientin zur Unterstützung ihrer These. Die Patientin geht auf ihre Kindheit ein und schildert ein konkretes Erlebnis, ihre Äußerung korrespondiert also mit der Therapeutenäußerung. Dennoch scheint die Therapeutin diese Schilderung eher abblocken zu wollen, was unter anderem an ihren Hörersignalen deutlich wird. Es ist anzunehmen, dass die von ihr angeführten Gründe sehr zielgerichtet zur Unterstützung ihrer These eingesetzt werden, eine weitere Thematisierung dieses bereitgestellten Wissens scheint nicht in ihr „Modell“ zu passen (vgl. dazu 3) 13800333: `topikalische Kohärenz`).

Die Zielgerichtetheit der Therapeutin wird auch in ihrer folgenden Äußerung deutlich. Sie wiederholt ihre These reformulierend (53/54), allerdings wird der `key term` Anspannung durch den Begriff Dauerbelastung ersetzt. Die Reformulierung macht deutlich, dass eine Bestätigung von Seiten der Patientin immer noch erwünscht ist. Die Patientin stimmt dieser Reformulierung minimal zu. Die Therapeutin expandiert ihre These, sie bezieht die Dauerbelastung nun auch auf die Sorge um die Kinder der Patientin, die beide schwer krank waren und bereits im Kindesalter gestorben sind. Gleich im Anschluss greift sie aber wieder den `key term` „Spannung“ auf, markiert damit sozusagen die Sorge um die Kinder als Evidenz ihrer These. Die Patientin reagiert darauf wiederum mit zustimmenden Hörersignalen. Sie bezieht sich allerdings mit ihrer Folgeäußerung nicht auf die Anspannung, sie greift vielmehr das Thema „Kinder“ auf („den Kindern bestmöglichen Schutz geben“). Sie beschreibt die Situation, in der sie sich in der Sorge um die Kinder befunden hat. Die Therapeutin unterstützt diese Äußerungen mit `continuers`. Sie hilft der Patientin sogar bei der Beendigung ihres Satzes (74). Die Therapeutin scheint also von der Patientin keine explizite Stellungnahme zu ihrer These einfordern zu wollen. Sie greift vielmehr die Patientenäußerung auf und führt sie mit Schilderungen zusammen, die die Patientin kurz vorher bereitgestellt hatte (80-84): Der Schutz, den sie als Mutter geben wollte, wird als Konsequenz aus der eigenen schutzlosen Kindheit gesehen. Die Zustimmung der Patientin ist sehr stark.

Interessant ist hier, dass die Therapeutin auf die Schilderungen der Patientin eingeht, obwohl sie nicht (unbedingt) die konditionelle Relevanz einlösen, die durch die erneute Formulierung ihrer These gesetzt wurde.

Inwieweit kann für diese Aushandlung eine Abstimmung über das Krankheitsverständnis ausgemacht werden?

Die Patientin bestätigt zwar minimal die These der Therapeutin, geht aber vorwiegend auf die konkrete Unterfütterung („einen Bruder, der geschlagen hat“) der Therapeutin ein und führt dies weiter aus. Auch der Reformulierung der These wird äußerst verhalten zugestimmt. Als die Therapeutin die These expandiert, greift die Patientin wiederum die eher konkrete Schilderung der Therapeutin auf als die abstrakte These. Die Therapeutin allerdings lässt sich auf die Patientenschilderungen ein.

Das Schema der Aushandlung kann folgendermaßen zusammengefasst werden:

T: Formulierung der These

P: minimale Zustimmung

T: konkrete Unterstützung der These

P: Aufgreifen der konkreten Unterstützung

T: Reformulierung der These

P: minimale Zustimmung

T: Expandierung der These

P: Aufgreifen eines Teilaspektes der These

Auch in der folgenden Gesprächspassage kommt es zu einer Transformation der Aushandlung.

Die Therapeutin stellt der Patientin eine Informationsfrage, die diese aufgreift und weiterführt. Dadurch wird die Aushandlung in eine andere Richtung geführt und zunächst unterbrochen.

5) 13800923

Die Patientin hatte erzählt, dass sie in der vorangegangenen Nacht gut geschlafen hatte. Auf die anschließende Frage der Therapeutin nach ihrem üblichen „Schlafverhalten“ hatte sie geantwortet, dass sie sonst meist nur 3 Stunden am Stück schlafen kann und 2-3 mal nachts aufwacht. Die Therapeutin hatte dieses „Schlafverhalten“ als Schlafstörung bezeichnet. Mit der Reaktion der Patientin auf diese Einschätzung beginnt das Transkript:

01 P: also so des des (.) RIChtig RIChtig GÜte SCHLAFen einfach dass

02 ich [mich !GUT! fühle am MORgen;
03 T: [hm=hm,
04 P: [AUSgeruht- (-)
05 T: [ja,
06 P: DAS hab ich schon LANG nicht [mehr.
07 T: [hm=hm, hm=hm,
08 P: hm=hm, (-)
09 des isch [()
10 T: [ja,
11 P: ja=a,
12 (--)
13 T: ne weil ich DENK äh:m mh worum es MIR geht so (.) zu SCHAUN
14 was sie auch SELber SAGn.=
15 =also es GEHT so um-
. .
. ((1min.36sec. Auslassung))
. .
16 T: Ebn JETZ (.) nehm ich den FAden nochmal AUF,
17 P: hm=hm,
18 T: und zwar g` (.) äh: (.) was sich ja so (.) n bisschen ZEIGT is
19 äh:m n geFÜHL (.) der ENge oder (.) ANspannung.=
20 =nich LOSlassen.=
21 =das sind [so-=ne?
22 P: [hm=hm, hm=hm,
23 T: die THEMen die eigentlich in allen (.) an allen ECKen so
24 AUFTau[chen.=ne?=
25 P: [ja,
26 T: =dazu geHÖRT vielleicht auch dass man (---) auch nich mehr so
27 richtig tief SCHLAFen kann; [ja?=
28 P: [hm=hm,
29 T: =weil das is ja (-) EIne form des äh:: (.) LOSlassens.=
30 =[auch der-
31 P: [ja-
32 T: [oder so die toTale entspannung.=[ja?=
33 P: [ja ja- [ja,
34 T: =wo man so ganz WEG is und-
35 P: hm=hm,
36 T: vielleicht hängt das alles so zuSAMmen.=
37 =dass da WIE (.) n Höherer ANspannungsgrad (-) einfach DOCH
38 noch (.) IN ihnen is. [ja?
39 P: [hm=hm,
40 (1.2)

41 T: was sie SA:gen;
42 kann sein im zuSAMMENhang mit ihrer geSCHICHte?=
43 =mit der VORerfah[rung]?=
44 P: [hm=hm,
45 T: =vielleicht ist es aber auch ihr natuRELL? (--)
46 das frag ich mich so=
47 =WA:Rn die SACHen-
48 wie ham sie sich so als JUgendliche junge erWACHsene erlebt?
49 (---) war das AUCh so dass sie Eher dann ma vielleicht auch
50 äh:m: auch mal ne ANGST geSPÜRT haben?=
51 =und das auch sehr genau alles !PLA:!nen mussten?
52 (---)
53 P: ja ANGSCHT als als äh: (.) [als erWACHsenwerden wa:r (.)
54 T: [nee?
55 P: ja präSENT. (-)
56 [ne?
57 T: [(doch)
58 P: die angscht war präSENT.=
59 T: =ich mein-
60 T: ja-
61 P: n n BRUder der gSCHLAge hat=al[so-
62 T: [RICHTig ()
63 P: da isch (.) da isch die ANGSCHT präSENT. (-) ne?
64 T: ja also an DAS hab ich jetzt [AUCh gedacht;=
65 P: [ja=a,
66 T: ich- (-)
67 P: also:-
68 T: hm=[hm,
69 P: [das war das war [ja=a,
70 T: [dass das eigentlich [n DAUerzustand is;
71 P: [ANGSCHT war (-)
72 P: ANGSCHT war; ja=a;
73 T: ne?
74 P: also (.) DAMals hab ich des (.) WAHRscheinlich gar net gWUSST
75 (oder wie immer) aber HEUT [wenn ich da so zurück[gucken (tu)
76 T: [ja, [ja,
77 P: äh:m (.) ja emPFIND ich das geNAUso [das einfach [ANGSCHT da
78 T: [ja=a, [ja,
79 P: war.
80 ja (.) IMmer und ÜBERall eigentlich so.
81 T: ja,
82 P: in JEder situation.

83 genau in (.) in SCHUle alles () pff ja,
84 T: in der SCHUle auch?

Die Patientin bestätigt die Aussage der Therapeutin, indem sie erklärt, dass sie schon lange nicht mehr richtig gut geschlafen hat.

Die Therapeutin begleitet den Patienten-Turn mit Hörersignalen. Die tonale Struktur ist zwar identisch mit der von Schegloff beschriebenen `continuer`-Form, in diesem Fall scheint die Therapeutin allerdings nicht auf ihr Rederecht verzichten zu wollen, vielmehr nutzt sie ihre Rückmeldesignale als `turn entry device`. Auch die `jas` in overlap-Position zur Patientenäußerung scheinen weniger Übereinstimmung zu signalisieren als den Wunsch zur Turnübernahme. Die Therapeutin nutzt dann auch die Pause (12), um das Rederecht zu übernehmen. Sie verweist zunächst auf das, was sie gerne thematisieren möchte (13), gleichzeitig macht sie es aber auch zum Anliegen der Patientin, indem sie darauf hinweist, dass die Patientin selbst bereits darauf hingewiesen hatte (14).

Die Initiative der Therapeutin wird durch Telefonklingeln unterbrochen. Da die Therapeutin den Anruf entgegennimmt, kommt es zu der 1 ½ -minütigen Gesprächsunterbrechung.

Nachdem sie sich bei der Patientin für die Unterbrechung entschuldigt hat, kehrt die Therapeutin wieder zum Gespräch zurück (16), sie knüpft an das zuvor Besprochene an.

Die Patientin quittiert diese Ankündigung mit einem `continuer` und signalisiert damit ihre Gesprächsbereitschaft. Die Therapeutin startet ihren Turn mit Formulierungsschwierigkeiten (18). Sie stellt eine These auf, die sich auf ein generelles Problem der Patientin bezieht. Sie offeriert der Patientin mehrere Begriffe (Enge, Anspannung, nicht Loslassen). Die These ist lexikalisch relativ vorsichtig gefasst („was sich ein bisschen zeigt“, „Themen, die eigentlich an allen Ecken auftauchen“, „dazu gehört vielleicht auch“). Eventuell soll durch diese eher einschränkenden Formen die Akzeptanz der Patientin erhöht werden.

Auch mit dem Einsatz der bestätigungserheischenden `tag questions` scheint die Therapeutin eine Reaktion der Patientin hervorlocken zu wollen. In einem Fall wird die `tag question` bereits vor Abschluss des Turns eingesetzt (21), was die konditionelle Relevanz, eine Antwort zu erhalten, sicherlich erhöht. Gleichzeitig kann eine elaborierte Äußerung des Gegenübers aber unterbunden werden, da bei Einsatz des `tag`-Partikels der Satz noch nicht syntaktisch abgeschlossen ist, eine Beendigung des Satzes also erwartbar ist.

Die Patientin reagiert allerdings auch schon vor Realisierung der `tag-Partikel` mit zustimmungsimplicativen Hörersignalen, sie nimmt die These (minimal) an. Allerdings stellt die Therapeutin ihr keinen `slot` zur Verfügung, in dem sie eine Einschätzung zur These liefern kann.

Wie verläuft der sich anschließende Aushandlungsprozess?

Nachdem die These auf einem relativ abstrakten Niveau formuliert wurde, wird im schnellen Anschluss ein unterstützendes konkretes Beispiel geliefert. Die Therapeutin bezieht sich dabei auf die zuvor thematisierte Schlafstörung (26/27). Auch hier wird die Aussage durch das „vielleicht“ eingeschränkt, die Schlafstörung wird als ein mögliches Symptom beschrieben.

Das „Schlafenkönnen“ wird, ohne dass das Schlafen explizit benannt wird, im Anschluss als „eine Form des Loslassens“ beschrieben, damit wird die Begründung geliefert, warum die Schlafstörung ein mögliches Indiz für eine Anspannung, ein „Nichtloslassenkönnen“ sein kann. Die Therapeutin liefert gleich mehrere Begriffe, die das „Loslassen“ umschreiben. Die Reaktion der Patientin ist eher ungeduldig. Sie bestätigt zwar die Aussagen der Therapeutin, dennoch lässt der verstärkte Einsatz der Hörersignale auf eine gewisse Ungeduld schließen. Diese eher ungeduldige Rückmeldung kann darauf zurückzuführen sein, dass die Therapeutin den Begriff „Loslassen“ mehrmals paraphrasiert, die Patientin die Kerninformation also bereits erhalten hat.

Die Therapeutin unterbricht dann ihren Turn (34) und fasst das zuvor Gesagte in einer generellen, abstrakteren Aussage (36) zusammen. Sie konkretisiert dies gleich im Anschluss als erhöhten „Anspannungsgrad“. Die Eingangsthese wird also reformuliert und auf den Begriff „Anspannung“ zugespitzt. Auch hier wird auf verbaler Ebene wieder eher vorsichtig gearbeitet. Die Therapeutin verwendet den „Vergleichspartikel“ „wie“ und schränkt ihre Aussage insofern ein, als dass die Beschwerden der Patientin als „etwas wie ein Anspannungsgrad“ beschrieben werden. Die Patientin akzeptiert die These minimal, sie geht inhaltlich allerdings nicht darauf ein, obwohl ihr die Therapeutin einen `slot` zur Verfügung stellt. Da die Patientin nicht weiter auf die These reagiert, übernimmt die Therapeutin wieder das Rederecht. Sie verweist auf eigene Aussagen der Patientin („was sie sagen“) (41), dieser Rückbezug wird allerdings inhaltlich nicht aufgefüllt, er bleibt vage. Er scheint hier eine unterstützende Funktion zu haben („Was sie sagen“ kann auch als „Sie selbst haben es ja bereits gesagt“ paraphrasiert werden): Da die Patientin auch auf die erneute Formulierung der These nur verhalten reagiert hat, wird sie nun mit ihren eigenen (zuvor getroffenen) Aussagen konfrontiert. Die Therapeutin eruiert anschließend mögliche Gründe für den hohen Anspannungsgrad der Patientin, sie bietet ihr ihre „Geschichte“, ihre „Vorerfahrung“ als einen möglichen Grund an. Ihr scheint die verhaltene Zustimmung der Patientin zu ihrer These zu genügen, da sie nun auf dieser Basis fort fährt, um nach Gründen für den von ihr postulierten Anspannungsgrad zu suchen. Möglich ist aber auch, dass durch die Suche nach eventuellen

Gründen noch weiter an einer Zustimmung gearbeitet werden soll. Die Art und die Platzierung des Hörersignals der Patientin signalisieren Zustimmung. Die Therapeutin nennt im schnellen Anschluss einen anderen möglichen Grund, der nicht auf die bisher gemachten Erfahrungen, sondern auf die Persönlichkeit der Patientin, auf ihr „Naturell“, abhebt. Die Aussagen über mögliche Gründe der erhöhten Anspannung werden jeweils in Frageintonation realisiert. Die Patientin wird also direkt mit einbezogen. Nachdem die Therapeutin die Frage nach dem Naturell gestellt hat, scheint sie ihr Rederecht abgeben zu wollen (Pause, 45); da die Patientin nicht reagiert, charakterisiert sie mit einer „Formulierung“ retrospektiv die vorangegangenen Fragen als ihre Fragen (46). Sie repariert ihren Turn zunächst (47/48) und stellt dann eine Frage, die, anders als die vorherigen, direkt an die Patientin adressiert ist („wie ham sie sich so erlebt“). Die Patientin löst die konditionelle Relevanz allerdings nicht ein. Möglicherweise versteht sie die Frage als rhetorisch, da die Therapeutin mit ihrer Formulierung die (zumindest die vorangegangenen) Fragen als „ihre“ Fragen charakterisiert hatte. Da die Patientin nicht reagiert, reformuliert und spezifiziert die Therapeutin ihre Frage, sie benennt die ‚key terms‘ „Angst“ und „Planenmüssen“. Die Anforderung an die Patientin bei dieser Frage ist ähnlich wie bei einer Alternativfrage. Alternativfragen sind Fragen, „die aus zwei durch *oder* disjungenerten Teilfragen bestehen“ (Auer, Uhmman 1982: 17). Die Teilfragen im vorliegenden Datenausschnitt werden zwar mit *und* verbunden, das „Planenmüssen“ kann somit als Konsequenz der Angst verstanden werden. Dennoch handelt es sich um zwei unterschiedliche „Konzepte“, aus denen die Patientin zunächst eins auswählen muss, auch wenn sie, da ja in der Frage kein Gegensatz oder keine wirkliche Alternative etabliert wird, nicht vor eine entsprechend starke Entscheidung gestellt wird.

In der Regel löst der Rezipient der Alternativfrage dieses Problem, in dem er den als Antwort gewählten Turn-Schritt in der einen oder anderen Weise modifizierten Form wiederholt. Allerdings gibt es eine Tendenz [...], direkt auf die erste Teilfrage zu antworten [...]. (ibid.)

Auer und Uhmman weisen darauf hin, dass es bei der Auswahl der ersten Teilfrage nicht einfach darum geht, diese Teilfrage mit ja oder nein zu beantworten, „es impliziert zusätzlich, daß man trotz Berücksichtigung der im zweiten Turn-Schritt genannten Alternative seine Entscheidung gefällt hat.“ (ibid.: 18).

Auch hier wählt die Patientin den ersten Turn-Schritt: Sie setzt den Angstbegriff relevant. Da sie erst nach einer kurzen Pause antwortet und zunächst nach Worten sucht, interpretiert die Therapeutin ihre Äußerung als Ablehnung. Sie produziert ein zweifelndes „nee“ (54). Als die Patientin mit ihrer Äußerung fort fährt und die Annahme der Therapeutin bestätigt, reagiert

diese mit einem selbstbestätigenden „doch“ (57). Die Patientin wiederholt ihre Äußerung und liefert gleich im Anschluss die Begründung für ihre Angst (61). Allerdings führt sie ihre Angst nicht auf ihr Naturell zurück, sondern auf ihre Erfahrung („einen Bruder, der geschlagen hat“). Die Therapeutin hebt mit ihrer Folgeäußerung (64) auf einen Konsens zwischen ihr und der Patientin ab, eventuell elizitiert durch das vorausgegangene `tag` der Patientin, die damit nach einer Bestätigung verlangt. Es scheint nicht ganz klar zu sein, wer im Anschluss für sich das Rederecht in Anspruch nehmen möchte. Die Therapeutin setzt zunächst an, da sie allerdings ihren Turn abbricht und auf das „also“ der Patientin mit einem `continuer` reagiert, übernimmt die Patientin das Rederecht. Da sie zunächst den Eindruck macht, als müsse sie sich die Situation erst vergegenwärtigen (69), übernimmt die Therapeutin wiederum das Rederecht und charakterisiert das „Erleben“ der Patientin als „Dauerzustand“. Es lässt sich vermuten, dass sie an dieser Stelle das Thema Angst abschließen möchte. Worauf sie sich in ihrer Äußerung bezieht, ob auf den von ihr zuvor thematisierten Anspannungsgrad oder die Angst der Patientin, bleibt unklar, da sie nicht explizit auf einen dieser Begriffe rekurriert. Die Patientin hält sich an dem Topos Angst auf. Sie wartet die Äußerung der Therapeutin nicht ab, sondern fährt während der Therapeutenäußerung mit ihrem Turn fort (71). Sie scheint ihre damalige Situation zu rekapitulieren.

Die Therapeutin drückt mit ihrem Rezipientenverhalten Ungeduld aus, zwar unterstützt sie den Redebeitrag der Patientin mit „jas“, sie scheint aber das Rederecht übernehmen zu wollen. Die Patientin erklärt, dass die Angst „immer und überall“ da war. Als sie erwähnt, dass sie auch in der Schule Angst empfunden hat, greift die Therapeutin dies auf, sie fragt nach und elizitiert damit eine ausführlichere Schilderung der Patientin (nicht mehr im Ausschnitt enthalten). Die Aushandlung der These ist an dieser Stelle abgeschlossen. Die Therapeutin insistiert nicht auf einer weiteren Bestätigung der Patientin, auch wenn diese nicht explizit die „Anspannungsthese“ bestätigt hat. Der Topos Angst, den die Patientin aufgegriffen hat, scheint der Therapeutin an dieser Stelle relevant zu sein. Implizit hat sie von der Patientin insofern eine Bestätigung erhalten, da diese der von ihr initiierten Frage nach der Angst sehr stark zugestimmt hat.

Konnte eine Abstimmung erzielt werden?

Die Rezeptionssignale der Patientin sind zwar zustimmungsimplicativ, ihre Reaktion ist allerdings eher verhalten. Die Patientin liefert keine eigene Einschätzung oder Stellungnahme. Erst als die Therapeutin eine direkte Frage an sie richtet, übernimmt sie das Rederecht. Sie bestätigt die Einschätzung der Therapeutin, dass sie als Kind Angst verspürt habe und

ratifiziert somit zumindest einen Teilaspekt der These. Der Aushandlungsprozess ist zunächst unterbrochen. Die Therapeutin kommt allerdings zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf ihre These zurück (vgl. 4) 13800923), ihr scheint die Reaktion der Patientin im Hinblick auf ihre These nicht ausreichend gewesen zu sein.

Das Schema der Aushandlung lautet:

T: Formulierung der These

P: minimale Zustimmung

T: konkrete Unterstützung der These, Reformulierung der These

P: minimale Zustimmung

T: konkrete Unterstützung der These, Frage

P: Beantwortung der Frage, Aufgreifen eines Teilaspektes

T: elliptische, ambivalente Reformulierung der These

P: Weiterführung der Antwort

War es in den beiden vorangegangenen Aushandlungsprozessen noch so, dass es durch die Zustimmung der Patienten zu dem konkreten Rückbezug bzw. zur Frage der Therapeutin zu einem, wenn auch weichen, Abbruch der Aushandlung kam, wird in dem folgenden Datenausschnitt deutlich, dass auch die Disqualifizierung eines Rückbezuges zu einem Abbruch der Aushandlung führen kann.

6) 13800333

Die Patientin hatte von der sehr angespannten Atmosphäre an ihrem Arbeitsplatz berichtet. Sie hatte erwähnt, dass viele ihrer Kolleginnen Psychopharmaka und andere Antidepressiva einnehmen, um mit der Arbeitsplatzsituation zurechtzukommen. Die Therapeutin hatte diese Ausführungen damit kommentiert, dass die Patientin unter einem sehr hohen Anspannungsgrad steht, hatte dies aber nicht weiter verfolgt. Als die Patientin bemerkt, dass sie bereits während des Erzählens vom Arbeitsplatz eine gewisse Übelkeit spürt, kommentiert die Therapeutin dies mit der Aussage, dass es „ganz toll“ sei, dass die Patientin dieses Gefühl spüre, da sie so ihren Körper „als Ganzes“ wahrnehmen könne.

02 P: ja=a SCHON; (-)
03 SCHON ja=a;
04 T: brauchen sie BEIde einkommen eigentlich?
05 P: ja=a,
06 (1.2)
07 T: naja aber was (.) !MIR! wichtig is dass sie einfach SEH:N (-)
08 ((schluckt))
09 WAS da alles (.) was sie alles so auf ihren SCHULtern (.)
10 tragen [sag ich mal;=
11 P: [hm=hm,
12 T: =oder auf dem RÜCKen?
13 ((atmet ein))
14 äh:m (-) was da alles zuSAMmenkommt? (1.2)
15 was eben (.) auch das SCHMERZERleben was sie (.) VORhin
16 angesprochen haben (.) verändern kann.=ja?=
17 =dass es einfach dann zu (.) STÄRkeren schmerzen kommt? (1.0)
18 es kann zu stärkeren ÄNGSten komm;=
19 =es kann auch zu stärkeren sag ich ma (-) depresSIVEN
20 Verstimmungen kommen.=ja? (--)
21 wenn dieser geSAMTanspannungsgrad (-) HOCH is.=[ja?
22 P: [hm=hm,
23 (--)
24 T: oder es kommt zu mehr KÖRperlichen sympTomen.=ja?
25 P: ja,
26 T: und wie sie grad Ebend=äh selber nochmal gemerkt haben,=
27 =da is also n ganz direkter zuSAMmenhang bei ihnen eigentlich
28 von dieser (-) beRUFlichen beLASTung? (--)
29 und ner KÖRperlichen (--) reak[TION. ja?=
30 P: [hm=hm,
31 T: =jetz dieses (.) MAgendruck od[er (.) GALle oder nichts ESsen
32 P: [hm=hm,
33 T: könn;=
34 =und sie SAgtn ja auch oft ess ich den ganzen TAG nur n
35 bisschn OBST und-
36 P: ja=a ja;
37 T: erst Abends oder am WOCheNende;=
38 =und [dann (gehts ihnen)
39 P: [oder (.) krieg ich dann diese FRUSCHTesserei.
40 T: ah=[ja.
41 P: [dass ich dann die KEKse in der SCHUBlad [hab oder (--)
42 T: [hm=hm,
43 P: JEder hat bei uns in der SCHUB[lad eigentlich IRgendwas;

44 T: [hm=hm,
45 T: was Süßes dann.
46 P: ja=a,
47 P: und eine hat ne (.) SCHUBlade die isch (.) so dick VOLL (.)
48 nur mit Süßem.
49 T: hm=hm,
50 P: und dann d d (.) HAUT man halt das Süße in si[ch rein.
51 T: [hm=hm,
52 (1.2)
53 P: Oder: oft bringt mal einer nen LEberkäswecken mit oder [irgend
54 T: [hm=hm,
55 P: SOWas;
56 dass [es dann ins GEgenteil <<lachend> umschlächt.>
57 T: [()
58 T: von den ganz (.) HUNgernden::-

Nachdem Patientin und Therapeutin über einen möglichen Arbeitsplatzwechsel gesprochen haben, der ein geringeres Gehalt zur Folge hätte und somit nicht in Frage kommt, setzt die Therapeutin mit ihrer Äußerung ein.

Sie setzt mit „naja aber“ ein und signalisiert damit, dass ihr folgender Beitrag einen Fokus setzt, der sich vom vorherigen unterscheidet. Die Therapeutin charakterisiert ihre persönliche Einstellung zur nachfolgenden Äußerung und schiebt zugleich diese Äußerung nach hinten. Die Patientin reagiert mit einem `continuer`, sie fordert die Therapeutin minimal dazu auf, weiter zu sprechen. Die Therapeutin repariert ihren vorigen Turn und nennt nun statt den „Schultern“ den „Rücken“, auf dem die Patientin ihre Probleme trägt (12). Sie reformuliert im Anschluss ihre Aussage noch einmal, dies geschieht in Frageintonation. Da die Patientin trotz der erhöhten sequentiellen Implikation (Frageintonation) nicht reagiert, fährt die Therapeutin mit ihrem Turn fort. Damit transformiert sie die Pause, die man als so genannte „Redezugvakanz“ (Bergmann 1982: 154) bezeichnen kann, ein „Typus einer Schweigephase, der dadurch entsteht, dass ein Redezug, zu dessen Übernahme einer der angesprochenen Rezipienten verpflichtet wurde, (zunächst einmal) vakant bleibt“ (ibid.), in eine sogenannte „redezuginterne Pause“ (ibid.: 150), also in ein Schweigen innerhalb eines Redezuges. (14/15).⁴⁸ Die Therapeutin benennt die Konsequenz („Veränderung des Schmerzerlebens“), die sich aus den zuvor genannten Problemen ergeben können und spezifiziert dies gleich im Anschluss als „stärkere Schmerzen“. Sie erwähnt explizit, dass die Patientin dieses Wissen

bereits selbst zur Verfügung gestellt hat (15/16). Die Veränderung des Schmerzerlebens wird somit also nicht als abstrakte Behauptung, sondern als im konkreten Alltag der Patientin verankertes Erleben charakterisiert. Diese Form der Rückbezüge, das Verweisen auf bereits durch die Patienten zur Verfügung gestellte Informationen während des Gesprächs, scheint eine wichtige Ressource für Therapeuten zu sein. In diesem Zusammenhang kann auf die Ordnungsfunktion verwiesen werden, die Therapeuten im Gespräch mit dem Patienten einnehmen können: Diese Funktion „bezieht sich auf das Strukturieren des Gespräches, auf die Verdichtung und Auswahl des vom Patienten angebotenen Konfliktmaterials – oder auf das Herstellen von Problemzusammenhängen“ (Streeck 1989: 204).

Therapeuten können in den meisten Fällen nur direkt vom Patienten im Gespräch Informationen über dessen Lebensumfeld erhalten⁴⁹ ; „[d]a es keine gemeinsam gelebte Realität gibt zwischen Therapeut und Klient, sondern nur die gemeinsame Erfahrung durch das Gespräch, muß alles im und durch das Gespräch sichtbar werden“ (ibid.).

Auch auf den Rückbezug reagiert die Patientin, trotz des Einsatzes eines `tag`-Partikels (16) und der in Frageintonation realisierten Äußerung (17) nicht. Die Therapeutin bietet ihr daraufhin weitere Symptome („Ängste“, „depressive Verstimmungen“) an, die im Verlauf des aktuellen Therapiegespräches bereits besprochen wurden und an denen die Patientin zeitweise leidet. Auffallend ist der Wechsel der Modalität in diesem Turn: Die Tatsachenbehauptung („dass es dann einfach zu stärkeren Schmerzen kommt“) wird gewechselt zu einer Annahme („es kann zu stärkeren Ängsten kommen“). Die Therapeutin führt eine „selbstkorrigierende Intervention“ (Bergmann 1982: 172) durch: Sie modifiziert ihre vorangegangene Äußerung, indem sie der Patientin andere Symptome anbietet und die Modalität wechselt. Offensichtlich hat sie ihre sequenzinitiierende Äußerung (Frage) als Auslöser für das Schweigeverhalten der Patientin identifiziert (vgl. ibid.) und versucht nun durch eine Korrektur eine Antwort der Patientin zu erhalten. Im Anschluss wird explizit der Auslöser dieser Symptome („hoher Anspannungsgrad“) benannt. War der Auslöser zuvor mit „was sie da alles so auf ihren Schultern tragen“ relativ vage gehalten, wird er nun spezifiziert und gleichsam mit einem „Etikett“ versehen.

⁴⁸ An diesem Beispiel sollte deutlich geworden sein, wie kompliziert der Status von Schweigephasen tatsächlich sein kann; denn je nach Zeitpunkt ist dasselbe Schweigen einem anderen Schweigetypus zuzuordnen. (vgl. Bergmann 1982: 163f.)

⁴⁹ Der Therapieablauf der hier untersuchten Gespräche sieht allerdings eine Sitzung vor, in der auch dem Patienten nahe stehende Personen die Möglichkeit erhalten, über den Patienten (oder auch über ihren eigenen Umgang mit der sich aus der Krankheitssituation ergebenden Situation) zu sprechen. Diese Sitzung ist allerdings als vierte Sitzung angesetzt, spielt also für die hier vorliegenden Ausschnitte keine Rolle.

Die Patientin reagiert sehr verhalten auf die These der Therapeutin, sie stimmt ihr minimal zu. Die Therapeutin überlässt ihr die Möglichkeit, das Rederecht zu übernehmen (23), sie nutzt allerdings den ihr angebotenen 'slot' nicht.

Wie gestaltet sich die weitere Aushandlung?

Die Therapeutin expandiert ihren Turn, sie offeriert der Patientin erneut ein Symptom, das durch einen hohen Gesamtanspannungsgrad ausgelöst wird. Offenbar sucht sie nach Symptomen, denen die Patientin explizit zustimmen kann, zu denen sie sich eventuell aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen auch äußern kann.

Dieses Angebot wird von der Patientin mit einem „ja“ angenommen. Die Therapeutin verweist anschließend auf das eigene Erleben der Patientin; die eher abstrakt gehaltene These wird mit einem auf die Patientin zugeschnittenen Rückbezug unterfüttert: Der zuvor genannte hohe Gesamtanspannungsgrad wird als „berufliche Belastung“ konkretisiert, die bei der Patientin körperliches Unwohlsein auslöst. (Die Patientin hatte kurz zuvor bei der Schilderung ihrer Arbeitssituation eine Übelkeit verspürt). In der nachfolgenden Therapeuten-Äußerung wird dann die „körperliche Reaktion“ spezifiziert und gezielt auf die Beschwerden der Patientin bezogen (31). Die Patientin positioniert sich als ZuhörerIn, indem sie die Äußerungen der Therapeutin mit 'continuers' begleitet. Ihre Zustimmung ist minimal. Die Therapeutin scheint das Rederecht auch nicht abgeben zu wollen, da sie ihre Äußerungen im schnellen Anschluss produziert. Sie liefert eine weitere Evidenz, die ihre These („Hoher Gesamtanspannungsgrad führt zu körperlichen Reaktionen“) unterstützt. Erneut wird ein Rückbezug eingesetzt, das gemeinsame Hintergrundwissen wird aktiviert (34/35). Die Patientin bestätigt dies explizit. Sie unterbricht dann allerdings die Therapeutenäußerung. Es ist zu vermuten, dass es ihr wichtig ist, diese Information zu liefern, bevor die Therapeutin weitere Evidenzen sammelt. Die Patientin kann das „Obstessen“ nicht als Unterstützung der Therapeuten-These akzeptieren, da sie noch eine andere Seite an sich kennt, die im Widerspruch dazu steht. Die Therapeutin nimmt dies mit einem „generalized acknowledge“ entgegen. Dieses Hörsignal ist ausdrucksstärker und transportiert mehr Inhalt als zum Beispiel ein 'ja' (Jefferson 1972). Die konkretisierenden Schilderungen der Patientin begleitet sie mit 'continuers': diese Information ist ihr offensichtlich so wichtig, dass sie die Patientin darin bestärkt, fortzufahren. Der Turn (45) kann als 'request for clarification' verstanden werden. Dieser gilt nach Duncan nicht als Signal zur Übernahme des Rederechts, sondern als 'back channel behavior': der Rezipient verlangt zwar nach mehr Informationen, ratifiziert aber dennoch das Rederecht des aktuellen Sprechers und verzichtet auf die Turnübernahme

(vgl. Duncan 1972: 288). Auch als die Patientin ihre Äußerung zunächst abschließt (52), übernimmt die Therapeutin nicht das Rederecht. Sie wartet vielmehr darauf, dass die Patientin weiter spricht. Die Aushandlung der These ist damit vorerst abgeschlossen. Die Therapeutin nimmt die neue Information der Patientin auf, die ihr zunächst offensichtlich wichtiger ist. Sie scheint möglichen Essstörungen der Patientin auf den Grund gehen zu wollen, was auch in einem späteren (hier nicht mehr dargestellten) Gesprächsabschnitt deutlich wird, in dem die Therapeutin die Patientin danach fragt, ob sie die Süßigkeiten erbrechen muss.

Kann eine Abstimmung ausgemacht werden?

Die Zustimmung der Patientin zur These ist eher zurückhaltend. Gerade zu Anfang hält sie sich mit Hörersignalen zurück, was die Therapeutin veranlasst, die These zu modifizieren und damit zu expandieren. Die Unterbrechung des Rückbezuges disqualifiziert zwar nicht die These der Therapeutin. Sie zeigt jedoch, dass das Erklärungsmodell der Therapeutin nicht vollständig von der Patientin geteilt werden kann. Die Patientin besitzt Informationen, die der Therapeutin bis zu diesem Zeitpunkt unbekannt waren. Durch ihren „Informationsvorsprung“ kann die Patientin den unterstützenden Rückbezug der These disqualifizieren.

Das Schema des Aushandlungsprozesses kann folgendermaßen dargestellt werden:

T: Formulierung der These

P: Schweigen

T: Modifizierung + Expandierung der These

P: minimale Zustimmung

T: Rückbezug

P: minimale Zustimmung

T: Rückbezug

P: Disqualifizierung des Rückbezuges

Zusammenfassung und Systematisierung der Ergebnisse

In den oben durchgeführten Analysen sollte deutlich geworden sein, dass die Entwicklung des Krankheitsverständnisses im Mittelpunkt der Gesprächspassagen steht. Die Therapeutin arbeitet sehr zielgerichtet, um ihr psychosomatisches Erklärungsmodell durchzusetzen bzw.

um eine Abstimmung über ein gemeinsames Krankheitsverständnis zu erzielen. Die Arbeit an dem Krankheitsverständnis kann natürlich nur in Interaktion mit dem Patienten erfolgen und an seinen Reaktionen ausgerichtet sein.

Zunächst sollte festgehalten werden, dass bereits die Konfrontation mit einem psychosomatischen Krankheitsmodell Auslöser einer Entwicklung des und Auseinandersetzung mit dem Krankheitsverständnis sein kann. Die Therapeutin bietet den Patienten das psychosomatische Erklärungsmodell in Form einer These an. Sie stellt nicht nur einen Zusammenhang von bestimmten Belastungssituationen und körperlichen Beschwerden her (wenn dieser Zusammenhang auch nicht immer explizit gemacht wird), sondern bezieht dieses Modell direkt auf den Patienten und seine konkrete Situation. Auffällig ist, dass die Therapeutin den Begriff „Psychosomatik“ in keiner der oben analysierten Gesprächspassagen explizit verwendet.

Eingeleitet wird die These zum Teil in Form einer „Formulierung“⁵⁰ oder in Form von Äußerungen, die die Einstellung der Therapeutin zu dem von ihr Gesagten deutlich machen. Diese beiden konversationellen Aktivitäten bereiten die These vor und schwächen sie prospektiv ab oder schränken sie ein. Insofern können sie als Mittel begriffen werden, mit denen die Therapeutin ihre These zurückhaltend anbringen und somit leichter eine Zustimmung des Patienten erreichen kann.

Auf lexikalischer Ebene arbeitet die Therapeutin behutsam. Sie verwendet beispielsweise Modalpartikel, die ihre Aussage abschwächen.

Sie setzt auch `tag questions` ein, die im Zusammenhang mit ihrer These im Hinblick auf die Patientenreaktion eine bestätigungselizitierende Funktion haben können.

Die erste Reaktion der Patienten kann als Indikator für die Angemessenheit der These gesehen werden. Sie bietet der Therapeutin eine Orientierung, an der sie ihre weiteren Aktivitäten ausrichten kann.

Die Patienten reagieren in den meisten Fällen zurückhaltend auf die These. Sie stimmen meist minimal zu oder produzieren `continuers`, die signalisieren, dass weitere Ausführungen der Therapeutin erwartet werden. Zum Teil reagieren die Patienten zunächst verbal gar nicht oder ambivalent auf die These. In einem Fall (vgl. 3) 13800333) wird die These abgelehnt. Eventuell können die zurückhaltenden Reaktionen der Patienten zum Teil auf ihre Hintergrunderwartungen bezüglich eines therapeutischen Gesprächs zurückgeführt werden: Sie erwarten von der Therapeutin weitere Erläuterungen zu ihrer These, da sie ihr ein Expertenwissen unterstellen, das es ihr erlaubt, ihr Erklärungsmodell weiter auszuführen und

⁵⁰ Vgl. dazu 4) 13800923

zu stützen. Außerdem hat die These der Therapeutin oftmals einen Ankündigungscharakter, der weitere Ausführungen erwarten lässt.

In Reaktion auf die Patientenäußerungen entwickelt die Therapeutin gewisse Aktivitäten, die zu einer Aushandlung über ihre These führen, dabei kommt es nie zu längeren Pausen: Wenn die Patienten an redeübergaberelevanten Stellen eine Turn-Übernahme unterlassen, reagiert die Therapeutin sehr schnell darauf und versucht, ihr Erklärungsmodell weiter auszubauen und an der Akzeptanz des Patienten zu arbeiten.

Folgende zentrale Beobachtungen im Hinblick auf die therapeutischen Aktivitäten während des Aushandlungsprozesses sollen hier festgehalten und anschließend erläutert werden:

- 1) Die Therapeutin versucht, trotz nur minimaler Zustimmungen, ambivalenten, nicht-korrespondierenden bzw. ablehnenden Äußerungen oder Schweigen der Patienten, ihre These weiter zu verfolgen.
- 2) Die Therapeutin verwendet bestimmte Verfahren, mit denen sie ihre These durchzusetzen und weiterzuverfolgen versucht bzw. an einer Abstimmung über das von ihr angebotene Krankheitsmodell arbeitet.
- 3) Sie erhält ihre These allerdings nicht um jeden Preis aufrecht. Die Therapeutin geht oft auch auf die Patienten ein, wenn diese die von ihr angebrachten Rückbezüge aufgreifen.

Zu den Punkten 1) und 2):

Es lassen sich bestimmte Verfahren der Therapeutin feststellen, mit denen sie ihre These unterstützt, aufrechterhält und weiterverfolgt.

Eine wichtige Ressource für die Unterstützung der These sind Rückbezüge. Die Therapeutin greift auf Informationen über die Patienten zurück, die sie in vorangegangenen Gesprächen bzw. Gesprächspassagen erhalten hat und die die von ihr aufgestellte These belegen können. An diesen Rückbezügen⁵¹ wird auf der inhaltlichen Ebene der 'rezipientenspezifische Zuschnitt'⁵² ihrer These deutlich. Zum einen werden Symptome der Patienten genannt, die in einem Zusammenhang mit dem von ihr angebotenen Krankheitsbild stehen könnten, zum anderen nennt die Therapeutin oftmals Gründe für eine mögliche psychosomatische Erkrankung.⁵³

⁵¹ Der Begriff „Rückbezug“ ist in diesem Zusammenhang als ein sehr weiter Begriff zu verstehen. Er bezieht sich nicht nur auf Äußerungen der Therapeutin, in denen sie sich explizit auf vorangegangene Gesprächspassagen bezieht, sondern auch auf das Hintergrundwissen, das sie ohne einen konkreten Verweis auf bereits besprochene Themen für ihr psychosomatisches Erklärungsmodell aktiviert.

⁵² Vgl. dazu Kapitel 4.2. dieser Arbeit.

⁵³ Auffällig an den Rückbezügen der Therapeutin ist sicher, dass sie ihr Modell oft auch auf die Kindheit der Patienten bezieht. Bei der Untersuchung der Gespräche fiel auf, dass die Therapeutin ihr Modell auf

Die erste Formulierung der These erhält oft bereits in verkürzter Form eine Begründung für das angebotene Krankheitsmodell⁵⁴:

2)⁵⁵ 13800332

—>18 T: bei !DEM! was sie MITgemacht haben;=ja? (-)
19 und irgendwie das auch so TOLL: denk ich alleINE das bisher
20 geMEIStert haben; (--)
21 irgendwann sucht sich (.) manchMAL (.) sucht es sich alleIN
22 den weg dass es !RAUS!kom[mt;=
23 P: [hm=hm,

4) 13800923

18 und ICH überLEGe jetzt so: ähm (1.2)
—>19 FRÜhe KINDheit; (-) ne?
20 die (.) mh beDROHUNG durch die SCHLÄg[e:-
21 P: [hm=hm,
22 T: der MANGelnde schutz;=
23 =also ebn auch DA ne ständige ANspannung;=
24 =was KOMMT=äh:- (-)
25 wie RETT ich mich vielleicht auch,=
26 P: =ja=a,

In 13800332 wird die Begründung relativ unspezifisch gehalten (18). Dennoch wird die These auf die persönliche Situation der Patientin bezogen. Außerdem hat die Einbettung in die persönliche Situation der Patienten einen Ankündigungscharakter: Die Patienten werden so, wie

auch durch die „Formulierungen“, darauf vorbereitet, dass im Anschluss auf diese Äußerung ein Redebeitrag der Therapeutin erfolgt. Oft erfolgt die These nach längeren Redebeiträgen

unterschiedliche Bereiche der Patientensituation bezieht und versucht, gewisse Muster in Bezug auf Belastungssituationen der Patienten herauszuarbeiten. Eine systematische Untersuchung dieser Vorgehensweise kann jedoch in dieser Arbeit nicht geleistet werden. Die Fokussierung der These auf unterschiedliche Problembereiche kann ansatzweise bei den Analysen in Kapitel 5.3. nachvollzogen werden.

⁵⁴ Die folgenden Datenausschnitte wurden ausgewählt, um bestimmte Verfahren der Therapeutin zu verdeutlichen bzw. um kritische Momente der Aushandlung aufzuzeigen. Sie werden exemplarisch verwendet, können aber nicht von ihrer spezifischen Prägung gelöst werden und können auch nur im Kontext vollständig nachvollzogen werden. Um die Ausschnitte in ihrem Zusammenhang nachvollziehen zu können, sei auf die kompletten Analysen verwiesen.

⁵⁵ Die Zahlen jeweils vor dem Code beziehen sich auf die Reihenfolge der Datenausschnitte in den obigen Analysen.

der Patienten.⁵⁶ Mit den „Formulierungen“ und den Verweisen auf bestimmte Belastungssituationen sichert sich die Therapeutin das Rederecht und fördert eine Aufmerksamkeit der Patienten.

Auch in 13800923 nennt die Therapeutin schlagwortartig zunächst Evidenzen (19-22), die ihre These (23) rechtfertigen und die sie gleichzeitig, in Kombination mit einer „Formulierung“, vorbereiten.

Aber auch im Anschluss an die These finden sich, wie oben erwähnt, unterstützende Rückbezüge:

5) 13800923

- 18 T: und zwar g` (.) äh: (.) was sich ja so (.) n bisschen ZEIGT is
19 äh:m n geFÜHL (.) der ENge oder (.) ANspannung.=
20 =nich LOSlassen.=
21 =das sind [so==ne?
22 P: [hm=hm, hm=hm,
23 T: die THEmen die eigentlich in allen (.) an allen ECKen so
24 AUftau[chen.=ne?=
25 P: [ja,
—>26 T: =dazu geHÖRT vielleicht auch dass man (---) auch nich mehr so
27 richtig tief SCHLAFen kann; [ja?=
28 P: [hm=hm,

Nachdem die Therapeutin ihre These (18-24) formuliert hat, liefert sie im schnellen Anschluss eine Unterstützung ihrer These: Das „Nichtschlafenkönnen“ der Patientin, das zuvor besprochen wurde, wird als ein mögliches Symptom für eine Anspannung genannt.

1) 13800744

- 06 T: könn se sich [VORstelln in so PHAsen wo=s einem (.) SCHLECHT
07 P: [es GEHT nich.
08 T: geht.=j[a?
09 P: [hm=hm,
10 T: wo man auch sag ich mal so was wie ne depression HAT? (--)
11 P: hm=hm,
12 T: KANN=s auch sein sag ich ma dass der ganze (.) STOFFwechsel n

⁵⁶ Die Frage, ob die Platzierung der These an interaktiv spezifischen Stellen erfolgt, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht untersucht werden.

angebotenen Konfliktmaterials – oder auf das Herstellen von Problemzusammenhängen“ (Streeck 1989: 204).

Die Therapeutin wählt bestimmte von den Patienten selbst zuvor bereitgestellte Informationen aus, die sie in einen bestimmten Zusammenhang stellt und für ihr psychosomatisches Erklärungsmodell nutzt. Dies bedeutet auch, dass sie ihre These erst formulieren kann, wenn sie bestimmte Informationen von den Patienten erhalten hat. Mit dem Rückgriff auf das Hintergrundwissen wird auch rückwirkend eine gewisse Ordnung des bisherigen Gespräches hergestellt: Das bisher von den Patienten angebotene Gesprächsmaterial wird durch die Integration in das psychosomatische Erklärungsmodell in einen bestimmten Zusammenhang gestellt und erhält so retrospektiv einen Bezugsrahmen.⁵⁷ Dass die Rückbezüge aber durchaus auch eine „Gefahrenquelle“ für den Aushandlungsprozess darstellen können, ist bereits an den obigen Analysen deutlich geworden und wird weiter unten noch einmal aufgegriffen.

Der Einsatz von Rückbezügen zeigt, dass die Therapeutin an einer Akzeptanz der Patienten zu der von ihr aufgestellten These arbeitet. Die Arbeit an der Akzeptanz und Zustimmung wird auch daran deutlich, dass die Therapeutin ihre These oftmals meist reformulierend wiederholt. Die Aspekte einer reformulierenden Wiederholung sollen hier noch einmal genannt werden:

1. Mit der Wiederholung macht der Sprecher deutlich, dass die erste Formulierung thematisch noch relevant ist, eine Antwort noch gewünscht oder erwartet wird.
2. Die Umformulierung baut einen verstärkten Reaktionsdruck auf.
(Matt, Krull, Weingarten 1984: 17, zit.n. Streeck 1989: 145)

Anders ausgedrückt kann man auch sagen: Mit der Wiederholung ihrer These erhöht die Therapeutin die konditionelle Relevanz. Allerdings geht es ihr nicht nur darum, eine Antwort der Patienten zu erhalten, es geht ihr auch darum, eine Zustimmung der Patienten zu erzielen, wie der folgende Ausschnitt zeigt:

2) 13800332

—>18 T: bei !DEM! was sie MITgemacht haben;=ja? (-)
19 und irgendwie das auch so TOLL: denk ich alleINE das bisher

⁵⁷ Die Ordnungsfunktion der Therapeutin wird allerdings auch schon bereits daran deutlich, dass sie oft durch gezieltes Fragen bestimmte Themen aktiviert. So kann sie bereits vorstrukturieren, welche Themen im Gespräch aufgegriffen werden, die sie dann zum Beispiel für ihr psychosomatisches Erklärungsmodell nutzen kann.

20 geMEIStert haben; (--)
 21 irgendwann sucht sich (.) manchMAL (.) sucht es sich alleIN
 22 den weg dass es !RAUS!kom[mt;=
 23 P: [hm=hm,
 24 T: =() und dann gibt=s eben TRÄnen oder- (--) ne?
 25 die komm auch von alleIN;
 26 () da will was RAUS;=ja?
 27 (---)
 28 T: und=äh: (--)
 29 da KOMMT auch was raus==
 30 =also: (-) sie Öffnen sich ja grad auch SEH:R,
 31 (---)
 32 T: (find ich ganz) [ganz !MU!tig auch ganz TOLL;
 33 P: [((lacht))
 34 P: ((schnieft))
 —>35 T: (aber) vielleICHT hat das (--) zusammen zu TUN mit dem
 36 (wie=s)-
 37 (1.0)
 38 P: ((schluckt)) (-)
 39 ja.
 40 kann SCHO [sein.
 —>41 T: [vielleicht ist das !EI!ne seite davon?
 42 P: hm=hm,
 43 T: dass (.) da einfach so viel DRÜCKT oder SITZT? (1.0)
 44 äh:: (.) das sie immer gut WEGgeschafft [haben durch
 45 P: [ja=a,
 46 T: !AR!beiten;=

Die Patientenreaktionen auf die These sind ambivalent. Zunächst liefert die Patientin einen 'continuer', auf die nachfolgenden Therapeuten-Turns erfolgt zunächst keine verbale Reaktion. Auf den Einschub der Therapeutin (30-32) reagiert die Patientin mit einem ambivalenten Lachen. Dies veranlasst die Therapeutin dazu, ihre These, allerdings in elliptischer Form, zu wiederholen (35). Als auch auf dieses Wiederaufgreifen der These eine zögerliche Reaktion erfolgt, reformuliert die Therapeutin ihre These in Frageform, was wiederum die konditionelle Relevanz erhöht (41). Die Reaktion der Patientin reicht der Therapeutin nicht aus, mit der Wiederholung ihrer These versucht sie, eine Zustimmung der Patientin zu elizitieren.

Die Wiederholungen und Reformulierungen der These, sind ein wesentliches Verfahren der Therapeutin und bestimmen die Aushandlungen in einem hohen Maße. Mit den

Wiederholungen der These kann die Therapeutin zum Beispiel nach dispräferierten oder ambivalenten Äußerungsformaten der Patienten ihre These erneut anbringen und ihre Relevanz markieren (vgl. obiges Beispiel). Sie erhält so aber auch die Möglichkeit, nach Patientenäußerungen, die für den spezifischen Aushandlungsprozess störend oder irrelevant sind, den Fokus wieder auf ihr Erklärungsmodell zu legen und weiter daran zu arbeiten (vgl. dazu z.B. 4) 13800923). Es muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass die Wiederholungen nicht immer eine weitere Arbeit an dem Erklärungsmodell ermöglichen, da die Patienten zum Teil trotz der Wiederholung nur minimal reagieren bzw. die mitgelieferten Rückbezüge aufgreifen.

Zu Punkt 3):

Bisher habe ich mich vorwiegend auf die Verfahren der Therapeutin während des Aushandlungsprozesses konzentriert. Es ist jedoch auch deutlich geworden, dass die Patientenreaktionen einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der Aushandlung haben. Gerade durch den Einsatz von Rückbezügen können kritische Momente in der Aushandlung entstehen, die den Aushandlungsprozess transformieren oder ihn beenden können. Die Therapeutin lässt sich jedoch meist auf die Patienten ein, wenn sie die von ihr angebrachten Rückbezüge aufgreifen und in den Mittelpunkt des Gesprächs stellen.

4) 13800923

52 T: ja? (--)
53 wo ich so DENK äh:m (-) das is eigentlich so ne (.)
54 DAUer(.)beLASTung die sie da auch (.) erLE[BT haben.=ja?
55 P: [hm=hm,
—>56 T: n:achher hat sichs dann verLAGert;=
57 =da gings um die sorge um die KINder==
58 =aber (.) ÄHNlich auch dieses- ne?
59 UNter-
60 P: ja,
61 T: SPANnung s[ein.=[ja?
62 P: [ja, [ja-
—>63 P: und da war des (.) dann WIEde:r auch. (-)
64 also (--) den KINdern (--) BESCHTmöglichste SCHUTZ geben.
65 () das JA [nix;
66 T: [hm=hm,
67 P: und ich möcht mir NIX zuschulden [kommen lassen;
68 T: [hm=hm,

69 P: das [war,
70 T: [hm,
71 P: ja (.) also das wa war ganz a schlimmes THEma,
72 [aber so (.) nit das ich irgendwie für was äh: (.)
73 T: [hm=hm,
74 T: ver[ANTwortlich ().
75 P: [() hättescht du DAS gemacht wär,
76 T: hm=[hm,
77 P: [das nit [und so,
78 T: [hm=hm,
79 P: [()
—>80 T: [ne sie sagn grad (.) den kindern den BESTmöglichsten schutz
81 geben und daVOR (.) kurz davor berichteten sie ja noch von
82 ihmr VATER der so (.) FREIgehalten war der sie ebnt ja nich
83 (.) SCHÜtzen KONNte.
84 [weder in der SCHULE vor den SCHLÄ:gen noch [vor den schlägen
85 P: [ja, ja, [ja,

Die Therapeutin hatte zunächst die These aufgestellt, dass durch die schwere Kindheit der Patientin ein erhöhter Anspannungsgrad vorliegen könnte. Nachdem sie ihre These wiederholt hat (53), expandiert sie die These, indem sie sie auf ihre Situation als Erwachsene und die Sorge um die eigenen Kinder bezieht. Auch hier wird der 'key term' „Spannung“ aktiviert. Die Patientin geht allerdings nicht auf die Kernaussage ein, sondern greift die Sorge um die Kinder auf, bezieht sich also auf den Rückbezug der Therapeutin (63). Die Therapeutin begleitet die Patientenaussagen mit 'continuers' und bezieht sich in ihrem anschließenden Redebeitrag (80) auf die Äußerungen der Patientin. Zwar führt sie die Patientin wieder auf ihre Kindheit zurück, sie stellt allerdings einen neuen Zusammenhang her: Der Schutz, den die Patientin als Mutter geben wollte, wird mit der eigenen Schutzlosigkeit in der Kindheit zusammengeführt. Das Anspannungsmodell ist somit vorerst suspendiert.

6) 13800333

26 T: und wie sie grad Abend=äh selber nochmal gemerkt haben,=
27 =da is also n ganz direkter zuSAMmenhang bei ihnen eigentlich
28 von dieser (-) beRUFlichen beLAsTung? (--)
29 und ner KÖRperlichen (--) reak[TION. ja?=
30 P: [hm=hm,
31 T: =jetz dieses (.) MAgendruck od[er (.) GALle oder nichts ESSEN
32 P: [hm=hm,

33 T: könn;=
 —>34 =und sie SAgt n ja auch oft ess ich den ganzen TAG nur n
 35 bisschn OBST und-
 36 P: ja=a ja;
 37 T: erst Abends oder am WOchenende;=
 38 =und [dann (gehts ihnen)
 —>39 P: [oder (.) krieg ich dann diese FRUSCHTesserei.
 40 T: ah=[ja.
 41 P: [dass ich dann die KEKse in der SCHUBlad [hab oder (--)
 42 T: [hm=hm,
 43 P: JEder hat bei uns in der SCHUB[lad eigentlich IRgendwas;
 44 T: [hm=hm,
 45 T: was Süßes dann.
 46 P: ja=a,
 47 P: und eine hat ne (.) SCHUBlade die isch (.) so dick VOLL (.)
 48 nur mit Süßem.
 49 T: hm=hm,

In diesem Ausschnitt ist das Aufgreifen des Rückbezuges etwas anders gelagert. Im ersten Beispiel ratifiziert die Patientin zwar nicht die These als solche, sie stimmt allerdings dem Rückbezug der Therapeutin zu und führt ihn weiter aus. In dieser Passage disqualifiziert die Patientin den Rückbezug der Therapeutin in gewisser Weise. Sie kann ihn zumindest als Unterstützung der These nicht anerkennen. Bevor die Therapeutin mit ihrem Rückbezug (34) ihre These unterstützen kann (38), greift die Patientin ein und liefert eine Information, die in einem gewissen Widerspruch zur Therapeutenäußerung steht (39). Auch hier lässt die Therapeutin die Patientin zunächst weiter sprechen. Wie in einem späteren Gesprächsabschnitt deutlich wird, ist ihr diese Information unter anderem deshalb wichtig, um herauszufinden, ob die Patientin die aus Frust zu sich genommenen Süßigkeiten erbrechen muss.

Obwohl an diesen Datenausschnitten deutlich wird, dass die Therapeutin ihre These nicht zwangsläufig aufrechterhält, darf diese Beobachtung jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie nicht immer auf die Patienten eingeht, wenn diese einen Rückbezug aufgreifen (vgl. 3) 13800333). Dies wird auch an dem obigen Beispiel 4) 13800923 deutlich: Erst nach Wiederholung der These (53/54), (die erste Formulierung der These findet sich in der ausführlichen Analyse), lässt sich die Therapeutin auf die Patientenäußerungen ein.

Die übergeordnete Frage, die sich stellte, war ja, inwieweit es während der dargestellten Aushandlungsprozesse zu einer Abstimmung über das Krankheitsverständnis der Patienten kommt. Auffällig ist sicher, dass es in keiner der Aushandlungen zu einer wirklich greifbaren Abstimmung kommt, die sich beispielsweise in Form von eindeutigen Zustimmungen der Patienten manifestiert. Die Patienten liefern keine eigenen Einschätzungen, die sich direkt auf die These beziehen. Sie signalisieren mit Hörsignalen meist nur verhaltene Zustimmung.

Wenn längere Redebeiträge der Patienten erfolgen, geschieht dies meist nur in Reaktion auf die Rückbezüge, die die Therapeutin zur Unterstützung ihrer These anführt. Allerdings werden die Patienten auch nicht direkt nach einer eigenen Einschätzung gefragt. In anderen Passagen, in denen die Therapeutin die Patienten mit Einschätzungen konfrontiert, die sich nicht auf eine psychosomatische Erklärung beziehen, kommt es durchaus vor, dass die Patienten nach eigenen Einschätzungen gefragt werden. Die Therapeutin forciert auch keine explizite Zustimmung der Patienten. Zwar erhält sie mit Wiederholungen der These die Relevanz ihres Erklärungsmodells aufrecht, dennoch lässt sie sich meist relativ schnell auf Patientenäußerungen ein, die sich nicht bzw. nicht unmittelbar auf ihre These beziehen.

Die Beendigung der Aushandlungsprozesse mag oftmals unbefriedigend erscheinen.

Es muss allerdings darauf aufmerksam gemacht werden, dass anhand der oben durchgeführten Einzelanalysen nicht abschließend über eine Abstimmung und Entwicklung des Krankheitsverständnisses entschieden werden kann. Die Therapeutin kommt nämlich oftmals wieder auf ihr psychosomatisches Erklärungsmodell zurück. Das Erklärungsmodell wird durchaus auch über mehrere Sitzungen aufrechterhalten, wenn natürlich nicht immer im gleichen „Gewand“.⁵⁸ Im nachfolgenden Kapitel wird deshalb nun analysiert, wie die Therapeutin einem Patienten ihr psychosomatisches Erklärungsmodell im Verlauf zweier Sitzungen anbietet.

5.3. Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses im Verlauf zweier Sitzungen⁵⁹

Ständen im vorangegangenen Kapitel besonders die Verfahren der Therapeutin in aktuellen Aushandlungsprozessen im Mittelpunkt der Untersuchung, soll in den nachfolgenden acht

⁵⁸ Dass die Therapeutin ihr Modell mehrmals anbietet, wird auch bereits bei den Einzelanalysen deutlich, da ja in einem Fall zwei (4) 13800923, 5) 13800923) und in einem anderen Fall drei (2) 13800332, 3) 13800333, 6) 13800333) Aushandlungen aus Sitzungen mit den jeweils gleichen Patientinnen stammen.

⁵⁹ Bei den Sitzungen handelt es sich um die zweite und dritte Sitzung. Zur Begründung der Auswahl vgl. Kapitel 2.2. dieser Arbeit.

Analysen der Schwerpunkt auf der Aufrechterhaltung des psychosomatischen Erklärungsmodells über zwei Sitzungen eines Patienten liegen. Die Frage, die sich zusätzlich zu den bereits in Kapitel 2.2. dieser Arbeit formulierten Fragen stellt, ist, ob und wie die Therapeutin an ihrem Erklärungsmodell festhält. Im Anschluss an die Analysen soll folgende Frage beantwortet werden: Kann letztendlich eine Entwicklung des Krankheitsverständnisses festgestellt werden? Um eine Aussage darüber treffen zu können, inwieweit eine Entwicklung eingesetzt hat, wird im Folgenden das Krankheitsverständnis des Patienten dargestellt, das er in der ersten Sitzung beschrieben hat.⁶⁰

Zum Krankheitsverständnis des Patienten:

Das hier dargestellte Krankheitsverständnis und die beschriebenen Beschwerden des Patienten wurden anhand der Patientenschilderungen im ersten Gespräch ermittelt.

Der Patient klagt über ein „pelziges“ Gefühl und „Kribbeln“ in den Beinen. Besonders die Fersen sind von dem Kribbeln betroffen. Von Zeit zu Zeit baut sich ein krampfartiger Druck in seinen Waden auf. Das pelzige Gefühl ist permanent vorhanden, die Stärke des Kribbelgefühls kann variieren: Wenn der Patient länger liegt, lässt das Kribbeln nach, sobald er aber länger sitzt oder sich bewegt, verstärkt sich das Kribbeln erneut. In seinen Händen verspürt der Patient öfter ein Taubheitsgefühl. Nach dem ersten Auftreten haben sich die Beschwerden nicht verändert. Der Patient berichtet, dass auch während des Krankenhausaufenthaltes keine Besserung eingetreten sei. Die Beschwerden seien eher massiver geworden. Der Patient vergleicht seine aktuelle Situation mit einem Krankenhausaufenthalt vor 20 Jahren⁶¹: Damals wurde er mit starken Schmerzen und Lähmungsgefühlen ins Krankenhaus eingeliefert. Es vergingen vier Wochen, ohne dass eine Diagnose gestellt werden konnte. Auch damals hat er Gespräche mit einem Psychologen geführt, da zunächst kein Befund vorlag. Nach vier Wochen wurde dann allerdings eine Computertomographie vorgenommen, mit deren Hilfe die Diagnose „Bandscheibenvorfall“ gestellt werden konnte. In der Zeit, in der kein Befund vorlag, fühlte der Patient sich nicht ernst genommen, er hatte den Eindruck, als Simulant angesehen zu werden. Diesen Eindruck hat er in seiner aktuellen Situation ebenfalls. Er kann nicht verstehen, dass sich die Ärzte auf Nervenmessungen konzentrieren, andere mögliche Ursachen, wie z.B. Durchblutungsstörungen, aber auszuschließen scheinen.

⁶⁰ Die Abschnitte zwischen den dargestellten Gesprächsausschnitten werden jeweils kurz zusammengefasst. Die Zusammenfassungen werden in der Schriftart 'Courier New' gehalten.

⁶¹ Wenn der Patient auf diesen Krankenhausaufenthalt Bezug nimmt, rekurriert er dabei auf den Ort, in dem das Krankenhaus gelegen ist. Dieser Ort wird im Transkript als „Glockingen“ wiedergegeben.

Einige männliche Bekannte des Patienten zeigen zum Teil ähnliche Symptome, ohne dass eine Diagnose gestellt werden konnte. Ein Bekannter kann sich aufgrund der Beschwerden nicht mehr bewegen. Bei einem Arbeitskollegen verschlimmern sich die Beschwerden kontinuierlich, er kann kaum noch sprechen. Der Patient beschreibt ihn als „menschliches Wrack“. Diese Fälle im Bekanntenkreis haben sein eigenes Krankheitsverständnis geprägt, die Krankheitsverläufe der Bekannten bleiben dem Patienten im „Hinterkopf“. Als die Therapeutin darauf hinweist, dass diese Krankheitsbilder sehr ungewöhnlich seien, bestätigt der Patient dies zwar, er erklärt aber erneut, dass er diese Schicksale nicht aus seinem Kopf kriege. Auch der Hausarzt des Patienten hat die Befürchtung geäußert, dass der Patient die gleiche rätselhafte Krankheit haben könnte wie sein Kollege. Diese Bemerkung hat ebenfalls zu der Angst des Patienten beigetragen, eine ernsthafte Krankheit zu haben, die sich kontinuierlich verschlimmern kann.

Der folgende Gesprächsabschnitt fand zu Beginn der zweiten Sitzung statt. Er beinhaltet die erste Konfrontation mit einem psychosomatischen Modell in dieser Sitzung.

1) 13800942

Auf die Frage der Therapeutin, wie es ihm ginge, antwortete der Patient, dass seine Beschwerden jeden Tag stärker würden. Die Entspannungsübungen, die er zusammen mit einer anderen Therapeutin durchgeführt hatte, haben keine Besserung bewirkt. Aufgrund des starken Kribbelgefühls hatte sich der Patient nicht auf die Übungen konzentrieren können. Er erklärte, dass ihn der Krankenhausaufenthalt zunehmend nervös mache, da bisher keine Besserung eingetreten sei bzw. keine Diagnose gestellt werden konnte. Die Frage der Therapeutin, ob seine Frau auch so angespannt sei wie er, bejahte der Patient, und er fügte hinzu, dass seine Frau auch den Krankheitsverlauf seines Arbeitskollegen als Vorgeschichte kenne. Auf die gezielte Frage nach seinen Beschwerden erklärte er, dass keine Besserung eingetreten sei. Das Kribbeln an den Fersen sei sogar intensiver geworden. An diesem Punkt setzt die Therapeutin ein (siehe Transkriptanfang).

01 T: das HÖRT sich ja:-
02 WENN ich ihnen das so: mh::-
03 wenn ich das HÖre,=ne? (-)
04 und auch sie erLEbe- (-)
05 das war ja der SATZ den ich vorhin AUCH so hatte=-
06 =ich SP:Üre das auch dass sie ZUnehmend unter spannung geraten
07 hier.

08 (-)
09 P: ja-
10 T: jetzt STELLn se sich ma so vor die muskeln sind n: na, (1.8)
11 n ROH:R- (.) ja?
12 SAG ich ma so [ebn-
13 P: [hm=hm,
14 T: [man stopft da was REIN==
15 P: [hm=hm,
16 T: =und es wird immer VOLler==
17 =immer MEHR? ja?
18 so dass das rohr a am ehesten ja irgendwann fast PLATzen
19 möchte- ja?
20 wenn das rohr also ganz VOLLgestopft ist==ja?=
21 =dann ist da so ne SPANnung drauf==
22 =dann spürt man auch die (.) WÄNde des rohres;
23 P: ja j[a-
24 T: [sag ich ma-
25 P: [ja,
26 T: [ja?
27 von (-) wenn da WEnig drin is dann läuft das alles so REIN und
28 RAUS==
29 =man nimmt das gar nich WAHR;=ja?
30 bis es sag ich ma: (.) zu ner verSTOPfung dieses !ROH!res
31 richtig kommen könnte? (-)
32 und da sind natürlich dann die kontAKte auch mit den
33 AUßenwänden- ja?
34 P: ja ja;
35 T: !SPÜR!ba[rer;
36 P: [ja ja;
37 T: und äh: (-) ICH überleg ob praktisch bei ihnen sowas vorliegt
38 wie: (.) n GANZ hoher ANspannungsgrad;
39 wie als wenn sie zum bei auch ne schwere körperliche (-)
40 ARbeit gemacht hätten;
41 weil [ich erinner mich (.) an ihr BEIspiel von gestern==
42 P: [hm,
43 T: =wo sie gesagt ham wenn sie (-) sehr schwere LASTen geTRAGEN
44 haben oder so==
45 =dass es zu [ner verKRAMpfung kommt- ja?
46 P: [ja,
47 P: ja;
48 T: und sie die SELber sozusagn eigentlich wieder äh::: manuell-
49 ja?

50 P: ja; [()
51 T: [die FINGER zurückSTELLn; (.) ja?
52 T: und jetzt überLEG ich-
53 !KÖNN!te es nich SEIN; (1.0)
54 dass son (.) ÄHnliches phänoME:N sozusagn grade auch in den
55 FERsen (.) passiert; (1.2)
56 als ne IDEE; ja?
57 [dass da GANZ viel spannung sozusagn sich AUFbaut, ja?
58 P: [ja ja.
59 T: die die sie auch SPÜRN; ja?=
60 =das is äh: (1.0)
61 P: ja [aber waRUM?
62 T: [waRUM das jetzt [DA is- (.)
63 P: [waRUM?
64 T: nur mal als so=n moDELL;=ja?
65 dass man sich überLEGT (.) äh- (--)
66 weil man KENNTs ja,=
67 =bei der KÖRperlichen beLASTung==
68 =man macht KNIEbeugen- ja? (-)
69 danach SCHWITZT man==
70 =ZITtert m[an äh:: (.) sch-
71 P: [(RIChtig)
72 T: die ATmung geht SCHNELler- ja? (.)
73 und es DAUert (-) bis es zu dieser RUhephase kommt;=
74 =und das beSCHREIBn sie ja jetzt ÄHnlich,=
75 =dass PRAKtisch (-) bis (.) das wieder zu ner RUhephase kommt?
76 P: ja-
77 [(bleibt LÄNgere zeit) ()
78 T: [die ZEIT wird jetzt LÄNgger- ja? (-)
79 aber es kommt auch wieder daHIN.=
80 =das heißt es ist eindeutig ne (.) ganz viel stärkere
81 ANspannung da;
82 woHER auch immer die jetzt (.) kommt;=ja?
83 (---)
84 T: [u:nd-
85 P: [DAS is was mich halt äh: (-)
86 waRUM (.) tritts immer nur auf wenn ich in (.) beWEgung bin?=
87 =denn wenn ich (.) jetzt wenn ich morgens AUFsteh ischs ja fast
88 WEG;
89 nur dieses TAUBheitsgefühl.=
90 =sonsch-
91 T: hm=[hm,

92 P: [das KRIBbeln und alles isch ja WEG.
 93 T: ja,
 94 P: wieso kommts erscht wenn ich in beWEgung bin oder SITZe?
 95 T: hm=hm,
 96 P: was ich auch in LETSCHter zeit viel hab (.) diese
 97 SCHULterschmerzen;
 98 (--)
 99 T: NEHM die AUCH [zu:?=oder?
 100 P: [die nehm (.) die nehm AUCH zu;=
 101 =auch diese (-) UNbeweglichkeit (.) nach LINKS,
 102 T: hm=[hm,
 103 P: [im HALS so;=
 104 T: =ja,
 105 sind sie jetzt in KRANKengymnastischer beHANDlung hier
 106 eigentlich?

In dieser Sequenz kommt es zu keiner Einigung zwischen Therapeutin und Patient. Der Patient hatte zunächst die Einschätzung der Therapeutin, dass er „zunehmend unter Spannung“ gerät (06), verhalten ratifiziert (08).

Die Therapeutin bietet ihm im Anschluss eine metaphorisches „Spannungsmodell“ an: Die Muskeln werden als Rohr dargestellt, das bei einer „Verstopfung“ stärker spürbar ist. Der Patient begleitet die Ausführungen der Therapeutin mit Hörersignalen. Zwar implizieren seine Hörersignale eine gewisse Zustimmung, gerade gegen Ende der Darstellung werden seine Hörersignale jedoch eher ungeduldiger (34,36). Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Therapeutin ihre Aussagen reformuliert, dem Patienten also zweimal hintereinander die gleiche Erklärung anbietet (vgl. dazu 20-22 und 30-35).

Nach diesem Vorlauf bietet die Therapeutin dem Patienten ihr psychosomatisches Erklärungsmodell an, ohne allerdings explizit den Begriff „Psychosomatik“ zu verwenden.

Sie stellt zunächst eine generelle These auf („Anspannungsgrad“, 38), spezifiziert diese These dann aber und bezieht sie auf die Fersen des Patienten (53-55). Der Bezug auf die Fersen wird mit einem Rückbezug vorbereitet (39-51): Die Therapeutin rekurriert auf das vom Patienten bereitgestellte Hintergrundwissen, dass sich seine Hände nach körperlicher Belastung verkrampfen. Damit stellt sie eine Parallele von körperlicher Anspannung und der von ihr angebotenen unspezifisch gehaltenen Anspannung her. Der Patient stimmt diesen Ausführungen zu. Auf dieser Grundlage kann die Therapeutin ihre These wiederholen bzw. spezifizieren. Der Patient reagiert zunächst nicht auf die These (Pause, 55), was die Therapeutin dazu veranlasst, den Reaktionsdruck zu erhöhen, indem sie erneut ihr

Erklärungsmodell anbietet. Das Modell wird als „Idee“ (56) bezeichnet, es wird also nicht als Faktum hingestellt, sondern als eine Möglichkeit angeboten. Der Begriff „Spannung“ wird erneut genannt und der Patient wird mit der Tatsache konfrontiert, dass er selbst diese Spannung ja auch spürt. Mit dieser Konfrontation unterstreicht die Therapeutin die Legitimation ihrer These: Die Spannung ist konkret greifbar und nicht als abstraktes Konzept zu verstehen. Der Patient ratifiziert zwar zunächst die These (58), als die Therapeutin ihren Turn abbricht, fordert er allerdings einen Grund für die Spannung ein. Bemerkenswert ist, dass die Therapeutin den Einwand antizipiert und ihn aufgreift, bevor der Patient tatsächlich seinen Einwand formuliert hat (61,62).

Durch das ausweichende Verhalten des Patienten kommt es zu einem `extended turn` der Therapeutin: Sie rekurriert erneut auf die körperliche Belastung, die ähnliche Symptome auslösen können wie die, die der Patient in seinen Fersen spürt. Hatte sie zuvor die körperliche Arbeit des Patienten herangezogen, um ihre These zu unterstützen (vgl. 39-51), verwendet sie nun das Beispiel „Kniebeugen“. Im Anschluss formuliert sie erneut ihre These (80/81). Diese Formulierung ist allerdings nachdrücklicher als die vorherigen: Waren die zuvor angebrachten Thesen eher vorsichtig formuliert und mit „Formulierungen“ als Überlegung der Therapeutin charakterisiert, wird die Anspannung nun als „eindeutige“ Tatsache bezeichnet.

Der `extended turn` der Therapeutin zeigt sehr gut, dass der Einwand des Patienten als Problem empfunden wird: Dieses Problem wird nun interaktiv bearbeitet, indem erneut ein Modell der körperlichen Belastung herangezogen wird und die These auf dieser Grundlage wiederholt wird, der Patient so also zu einer Zustimmung eingeladen wird. Die Therapeutin fordert den Patienten dazu auf, auch ohne Nennung eines Grundes, ihre These zu akzeptieren (82). Das Schweigen des Patienten signalisiert, dass er sich auf dieser Basis nicht mit dem Erklärungsmodell der Therapeutin einverstanden erklären kann. Deutlich wird dies auch an seiner nachfolgenden Äußerung. Der Patient formuliert erneut einen Einwand, führt ihn diesmal allerdings näher aus. (85-94). Anders als bei der vorherigen Beanstandung (vgl. 61-64) überlässt die Therapeutin ihm das Rederecht. Der Patient führt weitere Symptome („Schulterschmerzen“, „Unbeweglichkeit“) an. Denkbar ist, dass er die These der Patientin entkräften möchte: Er baut ein somatisches Krankheitsbild auf, indem weitere Symptome benennt, die ihn belasten und eventuell nicht mit der Erklärung der Therapeutin vereinbar sind. Die Therapeutin lässt sich zunächst auf diese Äußerungen ein.

Interessant an dieser Aushandlung ist zweierlei:

- Die „Nicht-Nennung“ eines Grundes wird zum Problem für die Akzeptanz der These. In den Analysen aus Kapitel 5.2. hat sich gezeigt, dass die Therapeutin versucht hat, Gründe für eine mögliche psychosomatische Erkrankung zu benennen. In diesem Fall kann sie ihre These nicht mit einem möglichen Grund unterstützen. Genau diese mangelnde Untermauerung der These greift der Patient auf. Dies führt zu einer längeren Aushandlung, ohne dass ein Konsens hergestellt werden kann.
- Die Nennung eines Grundes spezifiziert zugleich die These. In dem Datenausschnitt 3) 1380333 (Kapitel 5.2.) beispielsweise wird die Patientin auch mit einem Anspannungsmodell konfrontiert: Indem die Therapeutin mögliche Gründe für einen erhöhten Anspannungsgrad nennt, charakterisiert sie den Anspannungsgrad gleichzeitig und macht der Patientin klar, wie sie ihre These zu verstehen hat. In der obigen Gesprächspassage allerdings wird der Anspannungsgrad nicht näher spezifiziert. Er wird lediglich mit einem körperlichen Anspannungsgrad verglichen. Auch diese mangelnde Charakterisierung kann ein Grund für die misslungene Abstimmung sein.

Wie an dem obigen Datenausschnitt deutlich wurde, verfolgt die Therapeutin ihr Erklärungsmodell zunächst nicht weiter. Sie ermutigt den Patienten, seine Beschwerden in der Visite anzusprechen, um möglicherweise krankengymnastisch behandelt werden zu können. Daraufhin beschwert sich der Patient, dass er dies bereits angesprochen habe, die Ärzte allerdings nicht auf ihn eingegangen seien und er sich oberflächlich behandelt fühle. Auf die Frage der Therapeutin, wo er sich nicht oberflächlich behandelt fühlt, erklärt er, dass er sich bei der Therapeutin gut aufgehoben fühle. Wie bereits in der ersten Sitzung macht er darauf aufmerksam, dass er sich vorstellen kann, Durchblutungsstörungen zu haben. Dies äußert sich seiner Meinung nach auch darin, dass er im Flugzeug ein thromboseähnliches Gefühl in seinen Waden spürt. Nachdem die Therapeutin erklärt hat, dass sie diese Beschwerdebilder an den behandelnden Arzt weitergegeben hat, fährt der Patient mit seinen Schilderungen fort. Hier setzt der Datenausschnitt ein (ca. 5 Minuten nach der ersten analysierten Gesprächspassage).

2) 13800942

01 P: da hab ich mir schon MANCHmal [so (.) (denk oho jetzt kriegschts
 02 T: [hm=hm,
 03 P: irgendwie ne [thrombose oder was)
 04 T: [hm=hm, hm=hm,
 05 (-)

06 P: weil ich hatte mal ne: (.) BÄNderdehnung, (--)
07 vom SPORT her,=
08 =und () der TAPEverband war ziemlich STAR[K-
09 T: [hm=hm,
10 P: () kurz (vorher) thromBOse;=
11 =und ich kann mich auch erINnern dass (.) s ÄHNlich dieses
12 druckgeFÜHL (.) die[ses- (-)
13 T: [hm=hm,
14 (-)
15 P: von DAher,
16 T: das is ja n intressantes BILD eigntlich jetzt.=
17 =Ebn da war ja der DRUCK von !AU!ßen.=[ne?
18 P: [ja,
19 T: [da wars ebn-=
20 P: [ja,
21 T: =weil ich hatte ja grad das mit dem (.) ROHR sag ich [mal;=
22 P: [ja,
23 T: =[so mit so ner (-) SPANnung und-
24 P: [ja,
25 T: es IS halt manchmal MÖglich und das-
26 P: ((räuspert sich))
27 T: wäre die (1.0) FRAge ob sowas einfach MIT reinspielt;=
28 =dass aufgrund ner INNERen anspannung; (.) ja? (1.0)
29 dass AUCH zu so:m: DRUCKgefühl (-) [kommen kann.
30 P: [dass es irgendwo was
31 blockIERT.
32 T: RIChtig. (--)
33 Das is praktisch so äh:m (.) das kann von AUßen sein wie das
34 TAPEband oder durch beDINGungen wie beim FLU:G-=ja?
35 das sind so Äußere faktORN?=
36 =aber genauso (.) !GIBT! es einfach (.) INNERe faktorn Ebn
37 (1.0) Über diesn WEG von so ner ANspannung.=
38 =also Ebn von ner STÄrkeren beLASTung?=
39 =wo (.) sie wie mehr sag ich ma aktIV sind als vielleicht n
40 ANdrer in der gleichen situaTION. ja?
41 (-)
42 T: dass da wie der MOtor, (.)
43 GESTern hattn wir das bild ne so hundertfuffzig
44 hundertACHtzigprozentig LAUFen?
45 (1.0)
46 T: das wäre sozusagen einfach mal ANzudenken. (.) ja?
47 ob äh:m so ne erHÖhte (1.2) erREgung die das is?=

48 =so ne erhöhte WACHsamkeit ja auch.=ne? (---)
49 auf DAUer auch zu nem erhöhten MUSkeltonus führn kann?=
50 =[als wenn sie die STÄNDig äh-
51 P: [<<p> ja>,
52 T: wenn sie (.) ständig SCHWERSTarbeit machen wür[den. ja?
53 P: [ja ja ja-
54 (1.8)
55 T: und (.) im LIEgen ebn da is man ja auch Eh:er sag ich ma oder
56 beim SCHLAFen da is das beWUSStsein weg.=ja?=
57 =da SPÜRt man auch nich (.) SORgen ÄNGSTe STRESS?=
58 =des (.) inSOfern passt das für mich äh::m (.) [vom BILD her,
59 P: [das äh:-
60 P: mein se das das DAran (liegt).=ja?=
61 =(durch das) (.) ja we man we man SCHLÄFT isch ja praktisch
62 diese ANspannung weg.=ja,
63 T: <<p> ja?>
64 (2.5)
65 P: (kann scho sein).
66 (--)
67 T: das is so GANZ äh: sozusagen mal so (.) einfach (.) als ne
68 i!DEE! auch.=ja? (--)
69 weil äh:- (---)
70 P: ich mein dass ich HOCHdreh: isch (.) ich war damals [in
71 T: [ne?
72 P: GLOckingen- (.)
73 (als); (--)
74 ZWEIundachtzig KIlo () fast siebzig KIlo;
75 und ich [hab-
76 T: [ach da ham se auch so viel geWICHT verlorn;
77 (-)
78 P: obwohl ich WIRKlich, (-)
79 die leute wo LAUfn konnten die ham ja: (-) ESSen noch
80 mitgebracht.=
81 =() (und da ham se mich) unterSUCHT auf die
82 SCHILDdrüse;=
83 =dass ich zum ARZT [()-
84 T: [JA geNAU;
85 P: NICHTs gefUNDen;=
86 =und dann hat er nur noch geSAGT () (.) ihr moTOR läuft ja
87 andauernd auf hun[dertACHTzig.
88 T: [geNAU;
89 T: [ne sie ham son erhÖHTen GRUND[umsatz denk ich mal so.

90 P: [ja [ja ja ja;
 91 T: ah ja also auch vom (.) ESsen.=
 92 =also EIgntlich wenn [man die beREIche ma alle ANSchaut.=
 93 P: [ja des::-
 94 T: =des is beim SCHLAFen.=
 95 =also wenn mans nochmal zuSAMmenfasst.
 96 da SCHLAFen sie äh: (1.0) auffällig WENig.=
 97 =sind sicher bei den MENschen mit dem Eher äh: (.) NIEdrigen
 98 ja (.) [schlafbe!DÜRF!nis auch.=
 99 P: [ja,
 100 T: =weil äh: es IS [ja nich ()
 101 P: [aber wie geSAGT des is aber schon immer so
 102 (also mit dem schlafen also).
 103 T: geNAU.
 104 P: ich schlaf wirklich (.) TIEF und FESCHT ()
 105 (ich [glaub sie könnten mich wegtra[gen].
 106 T: [hm, [hm=hm, hm=hm,
 107 T: a[ber sie-
 108 P: [da SAG ich immer- (-)
 109 SCHIEB ich das daDRAUF das: (--) we man TIEF und FESCHT
 110 schläft (das man vielleicht nicht so viel braucht).=
 112 =[als wie manche die jede) (.) () und gleich wieder
 113 T: [ja,
 114 P: wach [sind.
 115 T: [ja,
 116 (1.2)
 117 T: u:nd=äh:m (1.2) dann is es (.) beim ESsen auch so? (-)
 118 wenn man jetzt SCHAUT,=
 119 =sie können SEHR viel essen und TROTZdem kommts dazu dass sie
 120 äh: (.) gewicht verLIERN? (--)
 121 das heißt da äh: wird mehr verBRAUCHT sag ich ma [vielleicht
 122 P: [ja;
 123 T: als bei-
 124 also sie HAM- (-)
 125 das mein ich mit nem hohen GRUNDumsatz vielleicht.=ja?
 126 (1.2)
 127 T: u:nd=inner äh:m (.) einstellung zur ARbeit? (--)
 128 da hatten wirs gestern !AUCH! mal so erwähnt,=ja?=
 129 =dass sie wenn ihre sachen auch schon mal so hundertFÜNFzig
 130 hunderACHTzigprozentig machen?
 131 (3.0)
 132 T: weiß nich wies im famiLIÄren bereich is?=

die Beschwerden nur auftreten, wenn er sich bewegt oder sitzt, nicht aber, wenn er liegt. Dieser Einwand wird nun in das Erklärungsmodell miteinbezogen und sogar als Unterstützung der These angeführt („insofern passt das für mich vom Bild her“, 58). Die Patientenreaktion ist eher zweifelnd. Der Patient scheint sich vergewissern zu wollen, ob er die Therapeutin richtig verstanden hat (60-62). Auf ihre verkürzte Nachfrage folgen zunächst eine längere Pause und dann eine zögerliche Antwort. Dieses dispräferierte Äußerungsformat veranlasst die Therapeutin erneut dazu, den Patienten zu einer eindeutigen Zustimmung zu bewegen (67/68). Als sie dann allerdings ihren Turn abbricht (69) ergreift der Patient das Rederecht. Sein nachfolgender Turn ist eher als Begründung für sein ablehnendes Verhalten zu verstehen. Mit den zurückhaltenden Hörersignalen und dem Schweigeverhalten nach der These und auch den reformulierten Wiederholungen der Therapeutin hatte er eine Ablehnung interaktiv aufgeschoben. Da die Therapeutin aber auf ihrem Modell insistiert, liefert er einen 'account'. Sein Einstieg („ich mein dass ich hochdreh“, 70) ist relativierend. Im Anschluss folgt ein Erfahrungsbericht mit dem der Patient deutlich macht, dass er bereits früher mit einem Anspannungsmodell konfrontiert wurde. Eventuell schwingt sogar implizit die Frage mit, warum ausgerechnet zu dem aktuellen Zeitpunkt die Beschwerden auftreten, da doch der Anspannungsgrad auch früher bereits vorhanden war. Zumindest aber scheint er mit dieser Äußerung deutlich machen zu wollen, dass das Erklärungsmodell für ihn nichts Neues ist, dass es aber für ihn nicht ausreichend zu sein scheint

Die Therapeutin interpretiert seine Ausführungen allerdings als unterstützenden Beitrag ihrer These (84,88) und beginnt, auf dieser Grundlage Evidenzen für einen erhöhten Anspannungsgrad zu nennen. Sie verwendet also Rückbezüge, mit denen sie ihre These unterstützt (vgl. Kap. 5.2.) Als sie das geringe Schlafbedürfnis des Patienten anführt, lehnt dieser das allerdings als Begründung für das Erklärungsmodell ab: Er verweist darauf, dass er immer schon wenig geschlafen habe und vermutlich auch weniger Schlaf benötige als andere, da er einen tiefen Schlaf habe (101-114). Die Therapeutin geht nur minimal auf diesen Einwand ein und fährt mit ihren Begründungen fort. Sie verwendet zunächst die neu gewonnene Information, dass der Patient trotz einer normalen Nahrungszufuhr an Gewicht verliert (117-125). Da der Patient nicht weiter auf diese Äußerung eingeht, bringt die Therapeutin eine erneute Unterstützung ihrer These an (127), auch darauf reagiert der Patient nicht. Trotz oder vielleicht gerade wegen dieses Schweigeverhaltens nennt die Therapeutin einen weiteren Bereich, in dem sich ein erhöhter Anspannungsgrad zeigen kann. Diese Äußerung ist allerdings keine Feststellung, sondern wird als Frage formuliert (132). Die

Reaktion des Patienten ist auch hier wieder eher relativierend („ja gut ich schau schon zu Hause dass alles in Ordnung ist“ (136-138).

Auffällig an dieser Aushandlung ist sicher, dass sie der vorangegangenen Aushandlung auf der sequentiellen Ebene sehr ähnelt: Die Therapeutin bringt ihre These mehrmals an, da der Patient nicht auf ihre Erklärungen eingeht oder aber nur sehr verhalten darauf reagiert. Die Formulierungen der These sind in beiden Gesprächspassagen fast identisch. Allerdings versucht die Therapeutin in dieser Aushandlung, ihre These stärker zu untermauern, indem sie unterschiedliche Bereiche im Leben des Patienten aufzeigt, in denen sich ein erhöhter Anspannungsgrad zum Ausdruck bringt. Die Therapeutin hat eindeutig an ihrem Erklärungsmodell festgehalten, ohne den Patienten zu einer Zustimmung bewegen zu können. Allerdings konnte die Therapeutin den Einwand des Patienten aus der vorangegangenen Gesprächspassage (vgl. 1) 13800942, 85-94) aufgreifen und somit zumindest versuchen, diesen Einwand zu entkräften und für ihr Modell zu nutzen.

Die Therapeutin lässt sich zunächst auf die Schilderungen des Patienten ein. An einem bestimmten Punkt im Gespräch führt sie das Thema „Kindheit des Patienten“ ein. Sie liefert zunächst die Einschätzung, dass der Patient in seiner Kindheit vermutlich sehr „gefordert“ oder auch „überfordert“ war, fragt ihn dann allerdings nach seiner eigenen Einschätzung. Der Patient erklärt, dass er als Kind und Jugendlicher zwar schon sehr viel arbeiten musste, da die Eltern einen Landwirtschaftsbetrieb hatten, dass er sich allerdings nicht darüber geärgert habe. Dies greift die Therapeutin auf und macht darauf aufmerksam, dass dies auch mit der „Gewohnheit“ zu tun haben könnte.

3) 13800942

01 T: KLA=AR is ja auch n geWOHNheits äh[::
02 P: [E[bn.
03 T: [ne?
04 T: geSCHICHte s[o-
05 P: [() der mensch is
06 n geWOHNheitstier;=ne?
07 T: ja=[a,
08 P: [()
09 (-)
10 T: die FRAge is halt nur vielleicht is das nochma n intressanter
11 ANsatz äh (.) einfach zu überLEgen (1.0) RAUchen TRINken sind
12 ja auch diese gewohnheiten wo sie sagen (-) ne (-)

13 Oberflächlich ebn was hat das eigntlich zu Sagen? (--)
14 und es GIBT zum beispiel auch ne gewohnheit sag ich ma äh sehr
15 viel zu LEISTen?=
16 =sehr viel zu TUN? (.)
17 sehr viel zu MACHen?=
18 =für alles äh verANTwortlich zu sein?=
19 =DA zu sein;
20 aus so ner geWOHNheit raus weil man=s ebn als KIND von einem
21 gefordert wurde?
22 dass man eben neben der schule noch äh (.) ne in=ner
23 landwirtschaft MIThilft, (.)
24 es gab gar keine WAHL;ne?=
25 =s Ebn es is jetzt nich äh dass sie sich das vielleicht geSUCHT
26 hätten;=
27 P: =ne=e (ebn also ausgesucht hab ich mir das bestimmt nich)
28 ich hätt wahrscheinlich auch lieber mehr FREIzeit geha[bt.
29 T: [ja=a,
30 und wenn jetzt nehm ich ma an ihr bruder mehr MITgemacht hätte
31 hätten sie=s vielleicht AUCH n bisschen (.) [einfacher
32 P: [RICHTig ja=a,
33 T: gehabt;=ne? (1.0)
34 U:nd=ähm (--) das heißt da WAR auch was:- (--)
35 P: gut die sagen auch bei mir auf der ARbeit (--) (he) mach doch
36 ma LANGsam;=
37 =lass doch das n ANdern machen [bischt doch gar [ZUständig
38 T: [hm=hm [hm=hm,
39 P: [oder so was
40 T: [hm=hm,
41 P: des ischs: (-) (ich kann das einfach net haben) wenn ich
42 irgendwo sieh: dass es [nit VORwärts geht un- (-)
43 T: [hm=hm,
44 P: (hab ich ihnen geschtern schon gesagt;)
45 T: hm=hm,
46 P: bevor i mi RUMärgere mach ich=s selber und [fertig.
47 T: [hm=hm,
48 (1.5)
49 T: Ebn und ich mein hier is ne ähnliche situaTION,=ne?
50 äh: was sie grad SAgen sie könn nich haben (.) wenn=s nich
51 VORwärts geht.=
52 =[hier geht=s auch nich grad VORwärts;=[ne?
53 P: [ja=a, [ja=a,
54 T: und sie könn=s aber NICH (.) selber machen.

55 P: Ebn (.) da kann ich=s also NICHT selber machen.=
56 =da steh ich machtlos gegenü[ber].
57 T: [geNAU.

In diesem Datenausschnitt wird zwar nicht explizit auf den zuvor von der Therapeutin angebrachten erhöhten Anspannungsgrad Bezug genommen. Dennoch gehört diese Aushandlung zu ihrem Erklärungsmodell. Das Modell ist noch immer, quasi im Hintergrund, aktiviert. Es bildet die Folie für die therapeutischen Ausführungen. Die Therapeutin hält ihr Erklärungsmodell also aufrecht und arbeitet weiter an einer Entwicklung des Krankheitsverständnisses.

Zum ersten Mal in dieser Sitzung wird, wenn auch implizit, ein Grund für die Anspannung des Patienten genannt. Die Therapeutin hatte zuvor neue Informationen über die Kindheit des Patienten erhalten. Nun kann sie diese Informationen aufgreifen und in ihr Modell integrieren. Der `key term` ist „Gewohnheit“: Es wird ein Zusammenhang von der durch Arbeit geprägten Kindheit des Patienten und seiner jetzigen Einstellung hergestellt.

Die Informationen des Patienten werden von der Therapeutin direkt aufgegriffen und als „interessanter Ansatz“ (10/11) bezeichnet. Mit diesem Begriff und auch mit der „Formulierung“ (10/11) signalisiert sie dem Patienten, dass die erhaltenen Informationen für sie relevant und „einer Überlegung wert“ sind. Ihr Einstieg erfolgt nicht direkt, sie macht einen „Bogen“, indem sie zunächst Rauchen und Trinken als Gewohnheiten nennt. Worauf sie dabei genau rekurriert, ist nicht klar. Zwar hatte der Patient sich zu Anfang der Sitzung darüber beschwert, dass er in dem diagnostischen Interview, das im Rahmen der Studie durchgeführt wurde, verstärkt nach möglichen Alkoholproblemen gefragt wurde und dass Ärzte generell immer wieder nach dem Rauch- und Trinkverhalten der Patienten fragen. Im Zusammenhang mit Gewohnheiten wurde dieses Thema allerdings nicht besprochen.

Im Anschluss an ihren Einstieg benennt die Therapeutin die Gewohnheit, „viel zu leisten“ (15). Dies wird mehrmals paraphrasiert und im Anschluss auf die Kindheit des Patienten zurückgeführt (20-23).

Der sich anschließende Redebeitrag des Patienten bezieht sich allerdings nicht auf das „Leisten aus Gewohnheit“, sondern auf die zweite von der Therapeutin gelieferte Einschätzung, dass sich der Patient dieses Verhalten nicht ausgesucht habe. Diese Einschätzung wird von ihm bestätigt (27/28). Auch die Aussage der Therapeutin, dass das Verhalten seines Bruders seine eigene Situation erschwert hat, wird von ihm zustimmend aufgenommen (32).

Als die Therapeutin dann zu einer Erklärung ansetzt (34), ihren Turn allerdings abbricht, übernimmt der Patient das Rederecht. Er liefert eine „verpackte“ Zustimmung zu der von der Therapeutin angebrachten Vermutung, dass seine Kindheit sein Arbeitsverhalten geprägt haben könnte: Als „verpackt“ habe ich diese Zustimmung bezeichnet, da sie zwar die Vermutung der Therapeutin bestätigt, allerdings nicht explizit auf einen Zusammenhang von Kindheit und aktueller Situation des Patienten bezogen ist. Sein Beitrag wird mit unterstützenden `continuers` der Therapeutin entgegengenommen. Als der Patient seinen Redebeitrag offensichtlich abgeschlossen hat (48), greift die Therapeutin die Selbstcharakterisierung des Patienten (41/42) auf. Sie bezieht sich, wenn dies auch nicht eindeutig genannt wird, auf die Krankenhaussituation des Patienten, in der es eben nicht vorwärts geht, er aber auch nichts dagegen tun kann (52/54). Mit diesem Beitrag verlagert sie in gewisser Weise den Fokus ihrer bisherigen Ausführungen: Lag der Fokus zuvor noch auf dem Thema „Leisten aus Gewohnheit“ wird er nun auf das „Nichtstunkönnen“ in der Krankenhaussituation bezogen. Implizit bietet die Therapeutin dem Patienten so einen anderen möglichen Grund für seine Anspannung: Da er es nicht ertragen kann, nichts zu tun, ist die Krankenhaussituation vermutlich auch schwer zu ertragen. Der Patient stimmt der Therapeutin zu: Zunächst paraphrasiert er die Therapeutenaussage (55), reformuliert diese Aussage allerdings noch einmal und verstärkt sie, indem er sich als „machtlos“ (56) bezeichnet.

Im Anschluss an die obige Gesprächspassage macht die Therapeutin dem Patienten Vorschläge, wie er die Krankenhaussituation besser aushalten könnte. Sie überlegt, ob er eventuell im Krankenhaus Sport machen könnte. Der Patient ist diesem Vorschlag zwar nicht abgeneigt, drückt aber die Hoffnung aus, dass vielleicht am nächsten Tag bereits Ergebnisse der Untersuchungen da sein könnten, er also nicht länger im Krankenhaus bleiben muss. Die Therapeutin überlegt erneut, wie man die Spannung abbauen könnte. Der Patient versucht zwar, Entspannungsübungen zu machen, er kann allerdings nicht abschalten. Die Therapeutin setzt mit einem Erklärungsansatz an, sie greift dabei auf die Aussagen der Kollegen des Patienten zurück. Der Patient unterbricht sie. Er bezieht sich auf seine Kollegen, die ihn auf seine erhöhte Anspannung hinweisen. Er weiß allerdings nicht, wie er diese Anspannung bekämpfen kann (siehe Transkriptanfang).

4) 13800942

01 P: gib mir en (.) KNOFF wo ich DRAUF[drücke kann dass es
02 T: [hm=hm,

03 funktio[NIERT;
04 T: [hm=hm,
05 P: ich KANN=s nicht.
06 T: ja=a,
07 (1.5)
08 T: und des (.) KÖNNte was sein sag ich ma was tatsächlich
09 IRgendwann auch also diese GANZ hohe (--) dieses ständig
10 ANgeschaltetsein; (.) ja?
11 auf DAUer (--) kann das auf die (.) NERven schlagen.
12 P: ja,
13 () EINverstanden bin dass das
14 irgendwo was blockIERen kann aber- (.)
15 T: ne weil es geht ja [DRUM-
16 P: [!WIE! stell ich=s ab?
17 T: ja,
18 äh äh es is dann noch mal die ANDre geschichte;=
19 =erstmal geht=s ja drum zu SCHAUN (.) gibt es was äh:m
20 (-) was jetz auch bei IHnen sa sag ich ma bei (.) dazu
21 BEITragen könnte was die nerven irgendwie (.) beLASTet.=
22 =also (nich) im mechANischen SONStwelchen sachen; ja?
23 und ebn was jetz GANZ DEUTlich eigntlich (.) also oder
24 für MICH (---) mh DEUTlich wurde dass da SEHR viele bereiche
25 sind wo sie auf HOCHtouren fahrn? (-)
26 dass kolLEgen das auffällt?=
27 =der SOHN sagt so was ma,=
28 =vielleicht sagt die frau so was (auch noch mal);=
29 P: =naTÜRlich [()
30 T: [ja was sagtn DIE?=
31 =erzähl se mal [was sind so deren äh: äh Sätze?
32 P: [()

In diesem Datenausschnitt kommt die Therapeutin wieder explizit auf ihr Erklärungsmodell zurück (8-11). Sie stellt, wie bereits in 1) 13800942 und 2) 13800942, erneut einen Zusammenhang von einer erhöhten Anspannung und einer körperlichen Reaktion her. Die Anspannung wird allerdings als „Angeschaltetsein“ paraphrasiert. Der Patient stimmt ihrem Modell zum ersten Mal zu (12/13). Er macht allerdings deutlich, dass es ihm wichtiger ist, Wege zu finden, die Anspannung zu bekämpfen (16). Die Therapeutin lässt sich auf diese Äußerung nicht ein. Mit der Aussage „das ist noch mal die andere Geschichte“ (18) markiert sie die Patientenäußerung als irrelevant für das aktuelle Thema. Sie kommt im schnellen Anschluss wieder auf ihr Modell zurück. Die These wird nicht, wie noch am Anfang der

Sitzung und in der ersten Formulierung in dem aktuellen Datenausschnitt, vorsichtig „eingepackt“, sondern wird als relativ eindeutig charakterisiert. Allerdings repariert die Therapeutin ihren Turn und schränkt somit ihre These wieder ein (23/24). Der Patient nimmt zu diesen Ausführungen keine Stellung (Pause, 25). Daraufhin liefert die Therapeutin einen `account` für ihre Aussagen: Die Anspannung des Patienten wird von den Kollegen und auch von seinem Sohn wahrgenommen, scheint also in unterschiedlichen Lebensbereichen eine Rolle zu spielen. Wurde in Kapitel 5.2. bereits festgestellt, dass die Therapeutin in Form solcher Rückbezüge ihre These unterstützen kann, wird an dieser Stelle deutlich, dass sie im Verlauf des Gespräches immer mehr Informationen erhält, die sie für ihr Modell nutzen kann und mit denen sie ihr Modell sukzessive vorantreiben kann.

Der Patient bestätigt zwar nicht die These, als dann die Therapeutin allerdings vermutet, dass auch die Frau des Patienten seine Anspannung wahrnimmt und ihn darauf aufmerksam macht, bestätigt er dies und schildert auf Nachfrage der Therapeutin die Äußerungen seiner Frau.

Der Patient schildert im Anschluss an die vorangegangene Passage, dass seine Frau ihn öfter zu einer Entspannung zu bewegen versucht. Er kann allerdings kaum „abschalten“. Im Urlaub kann er gut entspannen, ist aber auch dort sehr aktiv. Die Therapeutin macht deutlich, dass der Patient auch im Alltag Entspannungsmechanismen entwickeln müsse.

Sie macht den Patienten darauf aufmerksam, dass der Körper mit zunehmendem Alter gewisse Belastungen nicht mehr so gut verkraften könne. Der Patient hat dies bei sich auch bereits festgestellt und erklärt, dass er z.B. beim Arbeiten einen Unterschied zu früher festgestellt hat.

Erneut wird auch wieder das Thema „Entspannung“ aufgegriffen. Wieder erklärt der Patient, dass er nicht „abschalten“ könne. Nach einer längeren Passage, in der die Kindheit des Patienten, auch im Hinblick auf Entspannung und Ruhephasen, besprochen wurde, macht der Patient darauf aufmerksam, dass er sich Gedanken um seinen Kollegen mache, der aufgrund seiner Erkrankung keinen Urlaub nehmen könne.

5) 13800942

- 01 T: ja also da ham se ja SCHON was äh:- (.)
02 sag ich ma da IS schon ne entLASTung [da.=ne?
03 P: [da isch- (.)
04 also mit SIcherheit isch (.) (vom) be (.) beTRIEB her-
05 [()
06 T: [ich geb ihn einfach mal n ANDren satz zum NACHdenken so ähm-
07 (.) vielleicht KANN es auch erst jetzt KOMm? (1.2)
08 ma n GANZ gewagter SATZ,=ja? (-)

09 weil jetzt jemand DA is der auch äh: (-) verTRITT; (1.2)
 10 vielleicht ebn hätten sie daVOR==
 11 =das hat man sehr OFT sag ich mal;=
 12 =dass in sehr hohen ANspannungsgraden==
 13 =man funktioniert (-) DURCH.
 14 auch äh: (-) über alle GRENzen hinweg sag ich ma? (-)
 15 we ma MUSS dann (.) GEHT das. (---)
 16 und erst DANN (.) [das is ja oft äh: (.) Wochenende (.)
 17 P: [ja;
 18 T: Ferien==
 19 =also bei ANdern äh MENschen;=
 20 =wo es dann zum äh sag ich ma auch (-) stückweit der
 21 er!SCHÖP!fung (-) ma kommt? (-)
 22 die aber in DEM sinne äh Ebn (.) KÖRperlich is oder auch (.)
 23 (man is ma irgendwie) ANgespannt,=ja? (1.2)
 24 nich richtig zum zuSAMmenbruch,=
 25 =aber OFT kommt es grad erst WENN nach ner HOhen
 26 ANspannungsphase ne MÖGlichkeit sag ich ma der entLASTung da
 27 is. (-)
 28 Ebn übern FEIertag oder sowas;=ja?=
 29 =da erKRANKT jemand.=
 30 =kriegt er ne GRIPpe oder () n KOPFschmerz oder ne miGRÄne;=
 31 =all solche geSCHICHten.=ja? (--)
 32 äh: (.) komm oft erst wenn (--) überhaupt RAUM dafür DA is bei
 33 Jemand (.) der sehr sehr verANTwortlich (.) sich fühlt und IS.
 34 (-) und ich DENke ähm (.) das is das THEma: (.) was sie sicher
 35 (.) KENN?
 36 sie hams auch schon geSAGT? (-)
 37 und das muss man (.) so SEHN dass sie n ganz hohes
 38 verantwortungsgefühl HABen? (-)
 39 von anfang AN [als äh: (.) KIND sich auch sehr in der
 40 P: [<<p> ja,>
 41 T: verANTwortung (.) sicher mit für den BRU:[der==
 42 P: [ja,
 43 T: =ich WEIß [nich inwieweit auch-
 44 P: [REINgezogen (.) ich bin damit reinge (.)
 45 reingezogen worden (also auch),=
 46 T: =ja (-) ne?=
 47 =und das ham sie jetzt AUCh noch;=
 48 =Ebn deswegen SPÜRn sie natürlich auch so für diesn jungen
 49 KOLLEgen da mit?=
 50 =und (.) [KÖNN jetzt nich einfach so sagn das IS jetzt so?=

51 P: [ja=a;
 52 T: =sondern (-) sind da noch MIT.=j[a?=
 53 P: [ja,
 54 T: =ebn auch DA mit.
 55 (1.2)
 56 T: und=äh:m (1.0) son äh: (.) son HOhes verantwortungsgefühl kann
 57 auch son MOtor sein sag ich ma ebn fü:r (1.0) STÄNdiges äh:
 58 (.) auf trab sein. (.) ja? (--)
 59 das is ja auch so==
 60 =Ebn der UNterschied is dann dieses äh: (--) LOSlassen.=ja?=
 61 =das eine is äh kontrollIERN WISSen MITfühln DAsEIn.=
 62 =und die andre ecke wär dann (.) LAUfen lassn mal.=ja? (1.0)
 63 und=ähm (.) die FRAGE is wie weit sie (.) diese ANDre ROLle?
 64 (-) wird jetzt kompliZIERT n bisschen;=
 65 =überhaupt (--) in ANspruch neh:m oder besetzn (.) KÖNNten.=
 66 =da die ja EIGntlich sag ich ma schon ihr BRUder hat.=
 67 =und zwar ganz im exTREMen. (.) ja?
 68 auch sehr ABSchreckend.=ja?

In diesem Ausschnitt ist der Erklärungsansatz etwas anders gelagert als in den bisherigen Ausschnitten. Bisher hatte die Therapeutin die körperlichen Beschwerden in einen Zusammenhang mit einem hohen Anspannungsgrad gestellt. Hier wird nun die mögliche Entlastung, die der Patient durch die Vertretung an seinem Arbeitsplatz erhält, als möglicher Grund für die Beschwerden genannt. Allerdings hält die Therapeutin ihr Modell nicht aufrecht, sondern disqualifiziert es später.

Die Therapeutin macht zunächst explizit darauf aufmerksam, dass sie dem Patienten einen anderen Ansatz anbietet (06). Mit einem Einschub (08) bereitet sie den Patienten darauf vor, dass ihre Erklärung brisant ist. Der Patient reagiert allerdings nicht auf ihre These. Daraufhin erklärt die Therapeutin ihr Modell näher („in sehr hohen Anspannungsgraden man funktioniert durch“) (12/13). Auch nach diesem Turn zeigt der Patient keine Reaktion. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass die Therapeutin mit diesen Erklärungen ihre These noch nicht ausreichend deutlich gemacht hat, da ja die Vertretung für den Patienten keine hohe Anspannung bedeutet. Die Therapeutin führt dann ihr Modell weiter aus: Sie nennt zunächst „Wochenende“ und „Ferien“ als Zeiten, in denen es zu einem Erschöpfungszustand kommen kann (17/18). Allerdings kann sie dies nicht auf den Patienten beziehen und macht das auch deutlich, da dieser in einer vorangegangenen Gesprächspassage erklärt hatte, dass er auch im Urlaub sehr aktiv ist und gut entspannen kann. Die nachfolgenden Äußerungen der Therapeutin wirken etwas konfus, sie bringt dann aber ihre Kernaussage „auf den Punkt“

(„Erschöpfung nach Anspannung durch Entlastung“) (25/26). Auch darauf reagiert der Patient nicht. Die Therapeutin startet einen neuen Versuch und führt die Erschöpfungssymptome näher aus. Als der Patient auch diesen Turn weder mit einer Einschätzung noch mit einem Hörersignal entgegennimmt, scheint die Therapeutin zunächst nicht weiter zu wissen. Sie produziert zunächst ein „äh“. Auch die Pausen innerhalb ihres Turns indizieren, dass sie nach einer Formulierung sucht. Schließlich bringt die Therapeutin einen neuen Aspekt an, indem sie das hohe Verantwortungsgefühl des Patienten nennt. Offensichtlich sucht sie nach einem `account`, der ihr Erklärungsmodell unterstützt (32-38). Da der Patient keine Reaktion zeigt, rekurriert die Therapeutin auf die Kindheit des Patienten und seine Verantwortung für den Bruder, um ihre Behauptung zu unterstützen (39). Das hohe Verantwortungsgefühl in der Kindheit des Patienten wurde bereits in einer früheren Gesprächspassage besprochen und von dem Patienten zumindest ansatzweise anerkannt (vgl. 3) 13800942). Der Patient nimmt die Äußerungen der Therapeutin zunächst verhalten an, unterbricht sie dann allerdings und schränkt seine Zustimmung retrospektiv ein, indem er erklärt, dass er „da mit reingezogen“ wurde (44/45). Bevor der Patient allerdings seinen Turn weiterführen kann, ergreift die Therapeutin das Rederecht. Mit dem „ja“ und der angehängten `tag question` markiert sie die Äußerungen des Patienten als mit ihren zuvor angebrachten Äußerungen korrespondierend. Sie macht den Patienten anschließend darauf aufmerksam, dass er dieses Gefühl immer noch habe. Mit der Äußerung, dass der Patient deshalb auch mit seinem Kollegen mitfühle und auch immer noch an ihn denke (der Patient hatte kurz vor dieser Passage erklärt, dass er sich nicht gut fühle, da sein Vertretungskollege während seiner Krankschreibung zusätzlich noch seine Arbeit erledigen müsse), disqualifiziert sie allerdings ihr zuvor angebrachtes Erklärungsmodell: Ihr Ausgangsmodell war, dass es nach Zeiten hoher Anspannung zu körperlichen Beschwerden kommen kann, sobald eine Entlastung vorhanden ist. Sie hatte die Entlastung darauf bezogen, dass der Patient durch einen Kollegen vertreten wird. Nun wird der Kollege allerdings, wenn auch implizit, als Grund für eine Anspannung genannt: Dadurch, dass der Patient sich für seinen Kollegen verantwortlich fühlt, kann er nicht abschalten. Dieses Modell wird auch im Folgeturn aufrechterhalten und dem Patienten in abstrakterer Form angeboten (56-59). Der Patient hatte zwar die vorangegangenen Ausführungen minimal mit „ja“ ratifiziert, auf die Wiederholung reagiert er allerdings nicht.

Die Therapeutin schließt die Aushandlung ab und bietet dem Patienten ein Gegenmodell zu seiner bisherigen Lebenseinstellung an (60-62). Als der Patient auch darauf nicht reagiert, formuliert die Therapeutin die Frage, inwieweit der Patient das von ihr offerierte Gegenmodell annehmen kann.

Die nun folgenden Datenausschnitte stammen aus der dritten Sitzung. Die erste Zusammenfassung setzt direkt zu Beginn der Sitzung ein.

Auf die Frage der Therapeutin, wie es ihm gehe, erklärt der Patient, dass er sich bedrückt fühle, weil er befürchtet, ohne Diagnose aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Vom Arzt wurde ihm allerdings versichert, dass es sich bei seinen Beschwerden um keine ernsthafte Erkrankung handelt, ihm wurden Tabletten verordnet.

Der Patient verspürt zum Teil trotz der durchgeführten Entspannungsübungen ein Kribbeln in seinem Körper, das er mit einer Thrombose in Verbindung bringt. Auch die Spannung in seinen Waden hat sich teilweise verstärkt. Sie hat sich allerdings gelöst, nachdem er einen Kaffee getrunken hat. An diesem Punkt setzt der folgende Datenausschnitt ein.

6) 13800943

01 T: ich MEIN: äh (1.8) da: is ja auch dieser vorschlag mit der
02 CALcium(.)tablette,=ne?=
03 =es GIBT=äh so ne KRAMPFneigung sag [ich ma.=ne?
04 P: [ja gut dass DIE natürlich
05 jetzt nit gleich WIRke können is mir schon KL[AR.
06 T: [<<all> nee nee;>
07 (1.2) vom AN::satz.
08 weil das (.) HÖRT ja, (.)
09 also ne?=
10 =wenn selbst beim starken STIRNrunzeln sag ich ma n: (---) n
11 KÖRpergefühl dazukommt wie KRIBbeln.=ja?
12 P: ja;
13 T: oder äh::m- (1.5)
14 weil wo ich so dachte (sie ham) nich geFÜHLT;=
15 =ich stell mir=s so vor wenn sie so durch den PARK gehen==ja?=
16 =dann wird es immer (.) STÄRker? (2.0)
17 ja was (-) was pasSIERT dann,=also ne?=
18 =kriegn sie dann (.) eher ne WUT? ja?=
19 =() (.) KOMMT das wieder,
20 so [erLEB ich sie so;=ne?=
21 P: [ja (.) ja ja ja ja,
22 T: =wo ich so DACHte- (--)
23 s: hängt das nich (.) is das nich parallel auch, (--)
24 die spannung STEIGT,=

25 =in den Füßen,=ja?=
 26 =in den WAden nimmts zu,=
 27 =aber da steigt auch die innere a` (.) SPANnung und im Prinzip
 28 auch die WUT,
 29 jetzt is das schon wie[der WIEder da;=
 30 P: [jetz ischs-
 31 T: =und so DOLL und,=ne?
 32 P: geNAU so [is es;
 33 T: [also so [äh--ne?
 34 P: [geNAU so;
 35 ja (.) [geNAUso isch des geFÜHL gewesn.=
 36 T: [ja?
 37 P: =denk ich jetz (.) kommts schon widder n::-
 38 T: ja,
 39 P: weil ich einfach auch immer (.) im HINterkopf das gefühl hab
 40 sie- (--)
 41 ich weiß nit bild ich mirs ein,=
 42 =aber ich hab einfach das geFÜHL öh:-
 43 () es wird nit richtig ERNSCHT ge[nommn einfach.
 44 T: [ja,
 45 (1.5)
 46 T: min in in DEM sinne kann ICH ihnen jetz (.) praktisch auch nur
 47 noch mal so ne (1.0) was ANbieten zu dem- (---)
 48 ts (-) es IS ja dieser gleiche==
 49 =es (.) äh SPANNT sich (--) ne?=
 50 =es GEHT sozusagn;=
 51 =es spitzt sich ZU,=
 52 =die spannung STEIGT,=
 53 =Ebn;=ne? (--)
 54 äh::m (1.2) sozusagn auch nur eher was-
 55 en symptoMAtischen (.) vorschlag machen.=ne? (--)
 56 weil Ebn (-) s erstmal weiß man nicht wos herKOMMT,=
 57 =es KANN mit diesm: (.) auch mit dieser PSYchischen ANspannung
 58 die bei ihnen daZUkommt;=ja?=
 59 =also ihr erLEben, (--)
 60 WENN sowas jetzt IS,=ne?=
 61 =wo sie merken mann ich bin eingeSCHRÄNKt;=
 62 =es funktionNIERT nich mehr so wie früher;=
 63 =ich bin- ja?
 64 P: <<p> ja->
 65 T: äh:m (-) [Ebn es GEHT einfach nich mehr so wie FRÜher,=
 66 P: [((räuspert sich))

67 T: =dass das für sie äh:m (-) sehr schwer AUSzuhalten is? (1.2)
 68 sicher fü (.) für ALle irgendwie schwer AUSzuhalten;=
 69 =aber für sie hab ichs gefühl beSONders schwer. (.) ja?=
 70 =also dass es da WIRKLich zu ner eNORMen (1.8) (anballung)
 71 auch von geFÜHlen kommt richtung WUT? (.) ja?=
 72 =mal so (.) ganz VORSichtig, (-)
 73 und die das GANze natürlich NOCH ENger machen. (.) ja?=
 74 P: =ja=[a,
 75 T: [also wenn se DENken was passiert so bei (.) ANspannung?=
 76 =da geht der blutdruck HOCH, ja?=
 77 =die herzfrequenz STEIGT,=
 78 =irgendwie die MUSkelspannung nimmt zu,=
 79 =GANZ ty[pisch;
 80 P: [verKRAMPFT wahrscheinlich ([]).
 81 T: [geNAU diese
 82 halsNACKen(.)ver[spannung, ne?
 83 P: [ja ja ja,
 84 T: dann wirds immer ENger,
 85 und das äh- (.)
 86 das heißt da fließt dann immer weniger SAUerstoff: im: KÖRper?
 87 (-) so als BILD [auch,=ja?
 88 P: [hm=hm, hm=hm,
 89 T: und desto (.) SCHLECHter versorgt sind die MUSkeln und das
 90 geWEbe?=
 91 =und desto Eher (-) kann man sozusagn dann auch noch (--) son
 92 (.) KRIBbelgefühl eventuELL (---) forCIERN in
 93 ANführungsstrichen.=
 94 =also nich äh:- (1.0)
 95 verSTÄRken.
 96 [(genau).=ja?
 97 P: [ja ja ja;
 98 T: u:nd DA bin ich mir nich ganz SIcher wie WEIT es äh: MÖglich
 99 wäre für sie sich VORzustelln dass sie UNabhängig von dem dass
 100 sie jetzt (.) nich WISSen was es IS (-) strateGIEN entwickeln
 101 könnten (1.0) was MACH ich wenn das (-) kommt.=ja?
 102 weil im moMENT seh ich son bisschen son TEUFelskreis.=ja?

Nachdem es zunächst zu einem Missverständnis zwischen Therapeutin und Patient gekommen ist, setzt die Therapeutin dazu an, ihre vorangegangene, vom Patienten missverständlich aufgefasste Äußerung zu erklären. Allerdings bricht sie ihren Erklärungsansatz ab, so dass unklar bleibt, wie ihre Äußerung zu verstehen ist.

Mit einem Rückbezug greift sie vom Patienten kurz zuvor geschilderte Beschwerden auf und projiziert damit weitere Ausführungen (10/11).

Die Therapeutin bietet dem Patienten im Anschluss ein Erklärungsmodell an, das einen Zusammenhang zwischen körperlichen Beschwerden und einer daraus möglicherweise resultierenden Wut herstellt (15-20). Der Patient reagiert relativ ungeduldig (21). Die Therapeutin reformuliert ihre vorangegangenen Äußerungen: Sie spezifiziert das zuvor genannte Gefühl als „Spannung“ und stellt, anders als vorher, einen Zusammenhang von äußerer und innerer Spannung her. Der Patient stimmt ihr nachdrücklich zu (32, 34, 35). Bemerkenswert ist, dass die Therapeutin trotz Zustimmung des Patienten diesem nicht das Rederecht überlassen möchte (33). Sie lässt sich allerdings zunächst auf seine Ausführungen ein. Der Patient nimmt in seinem Redebeitrag allerdings keinen direkten Bezug auf die zuvor von der Therapeutin geschilderten Zusammenhänge, sondern er führt seine innere Anspannung darauf zurück, dass er sich im Krankenhaus nicht ernst genommen fühlt. Die Therapeutin geht nicht auf seine Beschwerde ein, sondern produziert ein ungeduldiges `ja` (44). Ihre folgende Ankündigung signalisiert eine gewisse Hilflosigkeit: Sie hat dem Patienten bereits mehrfach ein Erklärungsmodell in diesem Zusammenhang angeboten und kann es ihm „praktisch auch nur noch mal so“ anbieten (46/47). Sie verweist darauf, dass der Grund für die Beschwerden des Patienten unbekannt ist, nennt aber die psychische Anspannung als eine mögliche Ursache (57/58). Bevor sie allerdings ihren symptomatischen Vorschlag anbringt, bezieht sie die psychische Anspannung auf das zunehmende Alter des Patienten (59-73). An diesem Punkt erweitert sie ihr Modell: Hatte sie zuvor die innere Anspannung als Resultat der körperlichen Beschwerden beschrieben, stellt sie nun zusätzlich noch einen Zusammenhang von innerer Anspannung und daraus resultierenden verstärkten Symptomen her. An dieser Stelle wird deutlich, dass die Therapeutin ihr Modell durch Einsatz verschiedener Rückbezüge variieren kann. Sie erhält im Laufe der Sitzungen immer mehr Informationen über den Patienten, die sie für ihr Modell nutzen kann (vgl. dazu auch 4) 13800942). Der Patient stimmt diesen Ausführungen minimal zu, erhält allerdings keine Gelegenheit, eine eigene Einschätzung zu liefern (74/75). Erst jetzt bietet die Therapeutin ihm ihr zuvor wiederholt angekündigtes Modell (vgl. 46/47, 54/55) an (79-95). Der Patient signalisiert mit seiner Reaktion (80) sein Verständnis für das Modell und transportiert damit zugleich eine gewisse Zustimmung. Die Therapeutin greift seine Anmerkungen auf und spezifiziert sie, was vom Patienten mit ungeduldigen Hörsignalen entgegengenommen wird (83). Sie führt im Anschluss ihr Modell weiter aus und kommt am Ende auf die spezifischen Beschwerden des Patienten zu sprechen (91-96). Die Patientenreaktionen sind zwar prinzipiell zustimmend,

drücken jedoch auch eine gewisse Ungeduld aus (88/97). Die Therapeutin schließt den Aushandlungsprozess ab und macht deutlich, dass es ihr wichtig ist, dass der Patient auch ohne die Gründe seiner Beschwerden zu kennen, Strategien zu ihrer Bekämpfung entwickelt.

Im Anschluss an die oben ausgewählte Gesprächspassage erklärt der Patient, dass er mit der Organisation im Krankenhaus unzufrieden ist. Er fragt sich, was ihm der Aufenthalt gebracht hat, da sich an seinem Krankheitsbild nichts geändert habe. Er hatte vor Beginn des Aufenthaltes die Hoffnung, dass relativ schnell eine Diagnose (z.B. Wirbelsäulenschaden oder ein Bandscheibenvorfall) gestellt werden könnte. Im Hinterkopf bleibt ihm die Angst, die gleiche rätselhafte Krankheit wie sein Kollege zu haben, auch wenn die Ärzte ihm zugesichert haben, dass seine Symptome auf keine ernsthafte Erkrankung schließen lassen.

7) 13800943

01 P: vielleicht st (-) STEIGer ich mich zu sehr rein;
02 ich WEIß es nicht.
03 T: könnten sie denn (.) !IR!gendwo sich vorstelln ebn diese: (-)
04 mh: (.) diesn STRESS:(.)KREISlauf (.) diese beZIEhung die wir
05 da: ja zuSAMmenhang (.) lange chronische: (.) HOCHspannung (.)
06 <<p> nenn ich das mal.> (--)
07 äh: (.) SELber sagn sie auch immer wieder sie könn da kaum
08 ABSchalten UM[schalten AUSsteigen.
09 P: [ja,
10 T: sie sind da auch sehr beFANGen in ihrem (-) EIgenen äh::
11 P: ja,
12 T: SYStem sag ich ma so? (-)
13 was IN sich äh: (.) sehr gut funktionNIERT ja auch? (-)
14 auch im (-) () (also eben beruflich es is ja),
15 sie sind ja überall (.) sehr gut vorRANGekommen jetzt so in
16 ihr[em Leben; (-)
17 P: [ja,
18 T: es HAT ihnen ja sozusagen auch äh (.) ne?
19 es hat sie ja echt wohin geBRACHT?
20 also-
21 P: Ebn (.) also ich mein so (.) GANZ verkehrt kann=s ja net SEIN.
22 also;
23 T: ne also so von DEM.=ne?
24 [()
25 P: [von DEM her (.) bin ich eigentlich äh:: (.) (i mein hier) (-)

26 warum soll ich eigentlich irgendwie mein leben ÄNDern?
27 [es hat sich ja eigentlich- (--)
28 T: [hm=hm,
29 P: ich bin bis jetzt nirgendwo ANgeeckt oder sonst [IRgendwas.
30 T: [hm=hm,
31 P: [s=hat mich eigentlich GANZ schön- (1.0)
32 T: [hm=hm,
33 P: ich komm mit meine kolLEge alle gut [aus-
34 T: [hm=hm,
35 P: und auch mit den KUNden.
36 ([) also- (---)
37 T: [ja,
38 P: darum isch au wieder schwer vorbar, (-)
39 T: ()
40 P: schwer VORstellbar dass: (-) dass ich so viel verKEHRT mach.
41 T: hm=hm, hm=hm,
42 (---)
43 T: Ebn ich mein das IS ja auch wenn man=s nur so OUTcome wie=s
44 heißt so ne erGEBnis[orientiert beWERTet.=ja?
45 P: [<p> ja, ja>
46 T: [also (--) auch öh (.) OHne größere erKRANKungn;
47 P: [ja=a,
48 P: E[bn.
49 T: [also auch äh: (-) DAS [muss man sehn;
50 P: [Ebn (-) war immer FIT) ().
51 (--)
52 T: <<p> ne??> (--)
53 und JETZ is halt nur die FRAge (.) Ebn (-) was ich schon mal
54 MEINte (1.0) ne man wird ÄLter- (.)
55 es GIBT manchsachen die: gehn bis zum: gewissen PUNKT (.)
56 und dann schlagen se UM. (--)
57 ne? (---)
58 und inwieWEIT ebn nich einfach DOCH sozusag: diese belastungn
59 mit dazu BEIgetragen haben dass sie jetzt ebn diese (.)
60 KÖRpergeföhle dieses kribbelgeföh (.) WAHRnehm.=ja?=
61 =dass (.) das n AUSdruck dieser hochspannung (--) IST die sag
62 ich mal WAR, ja?=
63 =die (.) im moMENT für sie vor allem noch beSTEHT.=
64 =ich bin sehr geSPANNT äh: sag ich ihnen jetzt auch (.)
65 persönlich wie=s is wenn sie wieder (.) zuHAUSE sind. (--)
66 weil: für sie is das ja hier AUCh so ne (.) HOCHdrucksituation.
67 (-) ja (.) sie wissn nich (.) was KOMMT ham nix zu TUN ham ihre

68 (.) norMAle entlastung nich, ja?

69 P: <<p> ja ja.>

70 T: das is=n ganz schön ANstregender zustand.=ja?

71 P: (ja klar)

72 T: äh::m (.) da [ham=s

73 P: [weil IRgendwann () SINNlos vorkommt.

74 T: ja (-) geNAU da ham se (-) s

75 P: dass ich überhaupt DA bin.

76 T: RIChtig. (1.5)

77 inSOfern ist es natürlich NICHTS was jetzt äh: (--) fü:r die

78 HEIlung (.) ja verstehn se (.) also so im WEItesten sinne

79 P: FÖRdern [könnte.

80 T: [FÖR[der (.) [FÖRDERlich is für sie.=

81 P: [ja, [ja ja (-) ja ja

82 T: =also das hab ich auch so MITgekriegt wo ich so DENK (1.2) das

83 is äh: (-) arg schwer HIER. ja? (-)

84 bloß dann denk ich okay sie gehen nach HAUse, ja? (--)

85 wie machen se=s DANN; (-) ja?

86 fallen se ins alte MUSTer und (-) ne (.) strapaZIERN sich (.)

87 nach (-[-) KRÄF<<lachend>ten,>

88 P: [((stöhnt)) also so ([)

89 T: [ja,

90 P: ich weiß ja jetzt nich was sie mir mi [mit auf den WEG geben

91 T: [ja,

92 P: [am FREItag;

93 T: [ja, ja,

94 P: ob ich weiter taBLETten muss [nehmen;

95 T: [hm=hm hm=hm,

96 P: ob ich am Montag gleich ARbeiten [soll oder was;

97 T: [hm=hm, ja,

98 P: aber (-) in MEInem kopf isch eigentlich das ding schon soweit

99 KLAR;=

100 =ich: geh halt am Montag AR[beiten-

101 T: [hm=hm,

102 P: mal [SEHN wenn=s IRgendwo schlimmer wird dass ich nich mehr

103 T: [hm=hm, ja,

104 P: LAUfn kann dann-

105 T: hm=hm,

106 P: wird=s IRgendwo mal ne:: (--) URsache zu erkennen sein [()

107 T: [hm=hm,

108 T: hm=hm,

109 T: also so von SICH aus würdn se AUCh arbeiten ge[hn.

110 P: [ja ich::
111 T: ja,
112 P: was SOLL=s ich-
113 T: hm=hm,
114 P: es BRINGT mir nix wenn ich da RUM[häng- (--)
115 T: [hm=hm, hm,
116 P: ich TU mein möglichschtes und wenn=s SCHLIMmer wird-
117 T: VORhin [hatten sie:-
118 P: [vielleicht hab ich GLÜCK das es durch die (.) durch die
119 tabletten BESSer wird,
120 T: hm=hm, (-) geNAU;

Auch in diesem Datenausschnitt greift die Therapeutin erneut den Zusammenhang von Anspannung und Kribbelgefühl auf. Zum ersten Mal setzt sie allerdings dazu an, den Patienten nach seiner eigenen Einschätzung zu ihrem Modell zu fragen. Sie bricht allerdings ihre Frage ab und nennt stichwortartig die `key terms`, die auch für das bisherige Gespräch zentral waren. Sie setzt dazu an, einen Zusammenhang darzustellen, benennt nur die Ursache („Hochspannung“), nicht aber die möglichen Auswirkungen. Die Ungeordnetheit ihrer Äußerungen und auch die Mikropausen während dieses Turns signalisieren eine gewisse Ratlosigkeit (03-08). Nach einer kurzen Pause verweist sie auf die eigenen Aussagen des Patienten. Sie gesteht ihm zu, dass die erhöhte Spannung ihm ja auch in seinem Leben geholfen habe und suspendiert damit zunächst ihr eigenes Modell. Der Patient bestätigt ihre Aussage und benutzt sie als Vorlage für seine weiteren Schilderungen (21-40).

Die Therapeutin nimmt seine Ausführungen mit `continuers` entgegen und zieht noch einen weiteren bestätigenden Aspekt heran, indem sie darauf hinweist, dass der Patient bisher auch keine größeren Erkrankungen hatte (46). Sie bleibt allerdings nicht an diesem Punkt stehen, sondern bezieht sich erneut auf ihr zuvor angedeutetes Modell: Sie nennt das zunehmende Alter des Patienten als eine mögliche Ursache für die Anspannung. Das Älterwerden scheint in dieser Sitzung eine zentrale Rolle zu spielen (vgl. 6) 13800943).

Der Patient reagiert, auch nach dem Einsatz der `tag question` (57) nicht auf die Erklärung der Therapeutin. Daraufhin stellt sie einen expliziten Zusammenhang von den Belastungen des Patienten und dem Kribbelgefühl her. Die „Hochspannung“ wird implizit auf die Krankenhaussituation übertragen. Allerdings durchbricht die Therapeutin ihr Modell, denn zunächst wurde die Anspannung im Alltag des Patienten, nun aber die im Krankenhaus, als Grund für die Beschwerden genannt. Der Patient bestätigt ihre Einschätzung, verstärkt sie sogar, indem er auf die Sinnlosigkeit seines Krankenhausaufenthaltes hinweist. Die

Therapeutin reformuliert ihre vorangegangene Äußerung (vgl. 63-70). Der Patient beendet ihren Satz, reagiert allerdings ungeduldig, als die Therapeutin seinen Begriff aufgreift und ihren Satz beendet (80/81).

Die Therapeutin wiederholt ihr Modell, diesmal allerdings wird die Situation „zu Hause“ nicht mit einer Entlastung, sondern mit einer Belastung („Rückfall in das alte Muster“) assoziiert (84-87). Der Patient will seine Entscheidung darüber, ob er wieder „in das alte Muster“ zurückfällt, von den Ärzten abhängig machen. Er würde von sich aus sofort wieder arbeiten gehen. Der Patient drückt seine Hoffnung darüber aus, dass eine Ursache seiner Beschwerden zu erkennen sein wird, falls diese sich verschlimmern. Mit dieser Äußerung disqualifiziert er zum Teil das Modell der Therapeutin. Er kann die erhöhte Anspannung nicht als Erklärung für seine körperlichen Beschwerden akzeptieren, sondern „hofft“ weiterhin auf eine körperliche Ursache.

Der Patient nennt auf Nachfrage der Therapeutin einige Tätigkeiten, die er aufgrund seiner Beschwerden eventuell nicht mehr ausführen kann. Seinen Job sieht er durch die möglichen Einschränkungen allerdings nicht gefährdet.

Als die Therapeutin fragt, ob der Patient der Entlastung im Krankenhaus etwas abgewinnen konnte, erklärt dieser, dass er sich körperlich ausgeruhter fühle. Im weiteren Gesprächsverlauf kommt die Therapeutin auf die Frau des Patienten und ihre eventuellen Sorgen in Bezug auf die Beschwerden ihres Mannes zu sprechen. Der Patient erzählt, dass seine Frau sich zwar Sorgen mache, dass bei ihr allerdings meist relativ schnell eine Besserung eintritt, da sie ihre Sorgen gut „rauslassen“ könne.

8) 13800943

01 P: EIN zwei tage und dann-
02 T: ja,
03 P: sieht man dass es wieder AUFwärts geht.
04 T: ah=ja.
05 (--)
06 P: sie ISCH da nich so:: (--) emotional.
07 T: so in sich REINGe==
08 =ham sie ihre HANDBewegung gesehn?
09 P: ((lacht)) <<lachend> ja ja;>
10 T: also es is ja-
11 sagn wir mal SO [ich denk-
12 P: [ich (.) sprech eigentlich IMmer [viel mit de

13 T: [ja=a,

14 P: [HÄNde.

15 T: [ja=a,

16 P: auch so: (.) wenn (.) wenn ich mit de KUNDe rede und-

17 T: aber ich find=s ja SCHON interessant.=ne?=
18 =sie machen so diese HANDbewegung-
19 diese (.) ne SPANnung die da steigt;=
20 =die fast (-) FÄUSte.=ne?=
21 =so wie zum BERSten geSPANNT?
22 so=n satz fällt mir bei ihnen öfter EIN; (--)
23 und dann ebn dieses KRIBbeln: beim ANspannen.=ja?=
24 =also es sind ja schon sympTome die (-) auf ne ART denk ich
25 (1.0) auch (---) mit ihrer LEbensweise n STÜCK weit (-) zu tun
26 haben KÖNnten. (--) ja?

27 P: ja aber grad diese ART sich zu unterHALten.=
28 =also [grad im geSCHÄFT.=

29 T: [hm=hm,

30 P: ich weiß nich vielleicht ()
31 aber (.) grad so ich hab viele KUNden- (.)

32 T: hm=hm,

33 P: geSRPÄche [und so und da geht=s schon manchmal- (-)

34 T: [hm=hm,

35 T: zur SAche.=ne?
36 (--)

37 P: un (--) ich bin eigentlich (.) gut geFAHRN jetzt mit dieser
38 SCHIEne.=
39 [=weil: (.) () MERK (.) halt mal jetzt: äh: (.) muss

40 T: [ja,

41 P: ich LANGsamer ma[chen.=

42 T: [hm=hm,

43 P: =jetzt [KOMMt ei:n- (1.0)

44 T: [hm=hm,

45 P: wie geSAGT ich (.) ich mein () nirgendwo ANgeeckt
46 ([)

47 T: [ja ja; ja ja;

48 T: nach AUßen: (.) nich.=
49 =die FRAge is=es ne (.) wie es der körper selber so (.)
50 ver[DAUT.=ne?

51 P: [ja=a, (.) des IS ja des natürlich [(in die innereien
52 T: [ne?

53 P: kann ja KEIner schau.)

54 T: ne? Ebn-

55 P: mh (-) ich glaub da hab ich auch ganz GUT so in der- (-)
56 T: ([])
57 P: [ich MERke zwar dass ich (-) LEICHT äh (.) jetzt (müsse se)
58 LANGsam mache [aber- (--)
59 T: [hm=hm,
60 P: ich hab (.) also wie geSAGT noch NIE dass ich [jetzt plötzlich
61 T: [hm=hm,
62 P: AUfsteh und (das [e streit war) [oder [SOWas.
63 T: [ja, [ja,
64 P: SOWeit hab ich mich IMmer (in der gewalt.)
65 T: hm=hm,
66 (1.5)
67 T: <<p> hm,>
68 (2.0)
69 T: mir geht das noch so hinterHER die IDEE (.) sie gehn jetzt an
70 den ARbeitsplatz. (.) ja?

Der hier vorliegende Datenausschnitt stellt die letzte Aushandlung zwischen Therapeutin und Patient in dieser Sitzung dar.

Die Therapeutin nimmt die Handbewegung des Patienten zum Anlass, um erneut auf ihr Erklärungsmodell zu rekurrieren. Sie stellt zunächst eine Frage, die eine nachfolgende Äußerung erwartbar macht (08). Der Patient scheint die Frage so zu verstehen, dass die Therapeutin mit dem Verweis auf die Handbewegung möchte. Er greift dieser projizierten Äußerung vor und markiert die Handbewegung als wenig aussagekräftig. Die Therapeutin bezieht sich dennoch darauf und stellt erneut einen Zusammenhang von Anspannung und dem Kribbelgefühl des Patienten her. Als Begründung für die Anspannung führt sie allgemein seine „Lebensweise“ an. Der Patient bezieht sich auf seinen Beruf und rechtfertigt die erhöhte Anspannung, indem er erklärt, dass er damit bislang „immer gut gefahren“ sei (37/38). Die Therapeutin überlässt ihm zunächst das Rederecht, verweist dann allerdings auf einen Unterschied zwischen dem „äußeren“ Ergebnis der Anspannung, also dem Erfolg im Beruf, und dem inneren Ergebnis, den Reaktionen des Körpers (48-50). Der Patient geht in seinen Folgeäußerungen nicht weiter auf diese Anmerkung ein, sondern schildert weiter seine Situation im Beruf. Möglich ist, dass er mit dem Hinweis darauf, dass er sich immer „in der Gewalt“ (64) habe, erneut seine Anspannung rechtfertigen will. Die Therapeutin insistiert nicht auf einer weiteren Aushandlung ihres Modells. seine Spannung erneut thematisieren

Zusammenfassung

Die Therapeutin hält über den Verlauf der Sitzungen an ihrem Erklärungsmodell fest. Sie bietet dem Patienten immer wieder an, dass seine körperlichen Beschwerden auf eine innere Anspannung zurückzuführen sind. Allerdings wird das Modell nicht immer in der gleichen Form angeboten. Die Therapeutin kann den Einsatz der Rückbezüge variieren. Sie kann damit dem Patienten einerseits unterschiedliche Gründe für eine mögliche psychosomatische Erkrankung anbieten und auch verschiedene Symptome nennen, die für ihr Modell sprechen. Über den Verlauf der Sitzungen erhält die Therapeutin, oftmals durch ihre gezielte Initiative im Hinblick auf die Themenwahl, unterschiedliche Informationen über den Patienten, die sie für ihr Modell nutzen und mit denen sie es sukzessive aufbauen kann.

Eine Abstimmung über das Krankheitsverständnis kann am Ende der zweiten Sitzung nicht festgestellt werden. In den Analysen wurde deutlich, dass der Patient das Modell der Therapeutin zwar zum Teil akzeptieren kann, letztendlich aber doch nicht mit ihr damit übereinstimmen kann, dass mit der Anspannung eventuell seine körperlichen Beschwerden erklärt werden können. Er akzeptiert, dass er innerlich sehr angespannt ist und liefert zum Teil eigene Beispiele für diese Anspannung. Er sieht auch ebenso wie die Therapeutin einen Zusammenhang von der ungewissen Diagnoselage und einer Verschlechterung der Beschwerden. Allerdings hofft er nach wie vor auf einen organischen Befund, durch den er in der Lage wäre, seine Beschwerden zu bekämpfen. Aufschlussreich ist auch der folgende Gesprächsabschnitt gegen Ende der Sitzung:

502 P: ich hab mir auch schon Überlegt wenn ich nach HAU wenn da
503 jetzt wirklich nichts KEIne:-
504 T: ja,
505 P: ob ich noch mal zum HAUSarzt gehe und ob (.) ob ich nich (-)
506 GEISCHtert mir so [ru rum (.) noch mal (-) zum orthoPÄden gehe,
507 T: [ja,
508 T: hm=hm,
509 P: das lässt mir do [mir lässt es (doch) keine [RUhe (-) ()
510 T: [hm, [hm, hm=hm,
511 P: ob nich TATsächlich irgend[was an der wirbelsäule;
512 T: [hm=hm,
513 T: hm=hm,
514 P: sie sagt zwa:r auf den fotos von der KERNspin w:är nichts zu
515 [SEHN aber-
516 T: [ja;

An den von mir untersuchten Ausschnitten wurde außerdem deutlich, dass die Therapeutin zunächst auf ihrer Erklärung besteht. Sie wiederholt meist ihre These, da die Patienten nur vorsichtig zustimmen oder sie ablehnen.

Auffällig ist, dass gerade die Rückbezüge kritische Momente in der Aushandlung auslösen können. Die Patienten greifen zum Teil die Rückbezüge auf und führen sie weiter aus, ohne aber tatsächlich auf die Erklärung der Therapeutin einzugehen.

In keinem der in 5.2. untersuchten Sequenzen kam es zu einer Abstimmung über ein gemeinsames Krankheitsverständnis. Diese kurzen Datenausschnitte erlauben es allerdings nicht, abschließend darüber zu urteilen, inwieweit die Therapeutin im Verlauf der Gespräche tatsächlich eine Entwicklung vorangetrieben hat.

In Kapitel 5.3. konnte gezeigt werden, dass die Therapeutin ihr Modell über den Verlauf zweier Sitzungen aufrechterhält. Dabei wurde deutlich, dass sie im Laufe des Gesprächs unterschiedliche Informationen vom Patienten erhält, die es ihr erlauben, ihr Modell mit verschiedenen Rückbezügen zu unterfüttern. Zwar kommt es in den Sitzungen zu einer partiellen Zustimmung des Patienten, dennoch ist es am Ende der zweiten Sitzung nicht zu einer Abstimmung zwischen Patient und Therapeutin gekommen, eine wirkliche Entwicklung hat also nicht stattgefunden.

Literatur

- Atkinson, Maxwell J./Heritage, John (eds.) (1984) *Structures of Social Action. Studies in Conversational Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press (Studies in Emotion and Social Interaction)
- Auer, Peter/Uhmann, Susanne (1982) „Aspekte der konversationellen Organisation von Bewertungen“, in: Steger, Hugo/Leys, Odo/Stickel, Gerhard/Schwitalla, Johannes (eds.) *Deutsche Sprache* 10,1-32
- Auer, Peter (1999) *Sprachliche Interaktion: eine Einführung anhand von 22 Klassikern*. Tübingen: Niemeyer
- Balint, Michael (1991) *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Baus, Magdalena/Sandig, Barbara (1985) *Gesprächspsychotherapie und weibliches Selbstkonzept. Sozialpsychologische und linguistische Analyse am Beispiel eines Falles*. Hildesheim: Olms
- Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1980) *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt a. M.: S.Fischer
- Bergmann, Jörg R. (1980) *Interaktion und Exploration. Eine konversationsanalytische Studie zur sozialen Organisation der Eröffnungsphase von psychiatrischen Aufnahmegesprächen*. Konstanz: Dissertation
- Bergmann, Jörg R. (1982) „Schweigephasen im Gespräch – Aspekte ihrer interaktiven Organisation“, in: Soeffner, Hans-Georg (ed.) *Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie*. Tübingen: Gunter Narr Verlag, 143-181
- Bergmann, Jörg (1981) „Ethnomethodologische Konversationsanalyse“, in: Schröder, Peter/Steger, Hugo (eds.) *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache*. Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann (Sprache der Gegenwart), 9-52
- Boothe, Brigitte (2001) „Gesprächsanalyse in der Psychologie“, in: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (eds.) *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. Bd. 2. Berlin u.a.: Walter de Gruyter, 1655-1669
- Bräutigam, Walter/Christian, Paul (1986) *Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch*. Stuttgart u.a.: Georg Thieme Verlag
- Cicourel, Aaron V. (1973a) *Cognitive Sociology*. Harmondsworth: Penguin
- Cicourel, Aaron V. (1973b) „Basisregeln und normative Regeln im Prozess des Aushandelns von Status und Rolle“, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (eds.) *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Bd.1. Reinbek: Rowohlt, 147-188

- Clauß, Günter/Erhardt, Gisela/Kulka, Helmut/Lompscher, Joachim/Rösler, Hans-Dieter/Timpe, Klaus-Peter (eds.) *Fachlexikon ABC Psychologie*. Thun u.a.: Verlag Harri Deutsch
- Dieckmann, Walther/Paul, Ingwer (1983) „`Aushandeln` als Konzept der Konversationsanalyse. Eine wort- und begriffsgeschichtliche Analyse“, in: *Zeitschrift für Sprachwissenschaft* 2, 169-196
- Duncan, Starkey (1972) „Some Signals and Rules for Taking Speaking Turns in Conversations“, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 23, 283-292
- Ehlich, Konrad (1979) „Formen und Funktionen von `HM` . Eine phonologisch-pragmatische Analyse, in: Weydt, Harald (ed.) *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin u.a.: Walter de Gruyter, 503-517
- Flader, Dieter (1982) „Die psychoanalytische Therapie als Gegenstand sprachwissenschaftlicher Forschung“, in: Flader, Dieter/Grodzicki, Wolf-Dietrich/Schröter, Klaus (eds.) *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 16-40
- Flader, Dieter/Grodzicki, Wolf-Dietrich (1982) „Die psychoanalytische Deutung – eine diskursanalytische Fallstudie“, in: Flader, Dieter/Grodzicki, Wolf-Dietrich/Schröter, Klaus (eds.) *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 138-193
- Flader, Dieter/ Koerfer, Armin (1983) „Die diskursanalytische Erforschung von Therapiegesprächen“, in: *OBST Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie* 24, 57-90
- Flader, Dieter/Grodzicki, Wolf-Dietrich (1987) „Die psychoanalytische Deutung und ihre Beziehung zur Alltagskommunikation“, in: *OBST Osnabrücker Beiträge zur Sprachtheorie* 37, 39-56
- Frankel, Richard (1984) „From Sentence to Sequence; Understanding the Medical Encounter through Microinteractional Analysis“, in: *Discourse Processes* 7, 135-170
- Garfinkel, Harold (1967) *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall
- Garfinkel, Harold/Sacks, Harvey (1976) „Über formale Strukturen praktischer Handlungen“, in: Weingarten, Elmar/Sack, Fritz (eds.) *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 130-176
- Hausendorf, Heiko (2001) „Gesprächsanalyse im deutschsprachigen Raum“, in: Brinker, Klaus/Antos, Gerd/Heinemann, Wolfgang/Sager, Sven F. (eds.) *Text- und Gesprächslinguistik. Ein internationales Handbuch zeitgenössischer Forschung*. Bd. 2. Berlin u.a.: Walter de Gruyter, 971-979
- Heritage, John (1984) *Garfinkel and Ethnomethodology*. Cambridge u.a.: Polity Press
- Jefferson, Gail (1972) „Side Sequences“, in: Sudnow, David (ed.) *Studies in Social Interaction*. New York: The Free Press, 294-338

- Jefferson, Gail (1973) „A Case of Precision Timing in Ordinary Conversation: Overlapped Tag-Positioned Address Terms in Closing Sequences“, in: *Semiotica* 9, 47-96
- Jefferson, Gail (1978) „Sequential Aspects of Storytelling in Conversation“, in: Schenkein, Jim (ed.) *Studies in the Organization of Conversational Interaction*. New York u.a.: Academic Press (Language, Thought, and Culture. Advances in the Study of Cognition), 219-248
- Kallmeyer, Werner (1978) „Fokuswechsel und Fokussierungen als Aktivitäten der Gesprächskonstitution“, in: Meyer-Hermann, Reinhard (ed.) *Sprechen-Handeln-Interaktion. Ergebnisse aus Bielefelder Forschungsprojekten zu Texttheorie, Sprechakttheorie und Konversationsanalyse*. Tübingen: Max Niemeyer Verlag, 191-241 (Konzepte der Sprach- und Literaturwissenschaft 26)
- Klann, Gisela (1977), „Psychoanalyse und Sprachwissenschaft“, in: Hager, Frithjof (ed.) *Die Sache der Sprache*. Stuttgart: J.B. Metzler, 129-167
- Koerfer, Armin (1979) „Zur konversationellen Funktion von *ja aber*. Am Beispiel universitärer Diskurse“, in: Weydt, Harald (ed.) *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin u.a.: Walter de Gruyter, 14-29
- Labov, William (1971) „Das Studium der Sprache im sozialen Kontext“, in: Klein, Wolfgang/Wunderlich, Dieter (eds.) *Aspekte der Soziolinguistik*. Frankfurt: Athenäum (Schwerpunkte Linguistik und Kommunikationswissenschaft), 111-194
- Matthes, Joachim/Schütze, Fritz (1973) „Zur Einführung: Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit“, in: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (eds.) *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit. Symbolischer Interaktionismus und Ethnomethodologie*. Bd.1. Reinbek: Rowohlt, 11-53
- Pomerantz, Anita (1984) „Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes“, in: Atkinson, Maxwell J./ Heritage, John (eds.) *Structures of Social Action. Studies in Conversational Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press (Studies in Emotion and Social Interaction), 57-101
- Quasthoff, Uta M. (1981) „Zuhöreraktivitäten beim konversationellen Erzählen“, in: Schröder, Peter/Steger, Hugo (eds.) *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für deutsche Sprache*. Düsseldorf: Pädagogischer Verlag Schwann (Sprache der Gegenwart), 287-313
- Sacks, Harvey/Schegloff, Emanuel A./Jefferson, Gail (1974) „A Simplest Systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation“, in: *Language* 50, 696-735
- Sandig, Barbara (1990) „Gesprächsanalyse und Psychotherapie“, in: Ehlich, Konrad/Koerfer, Armin/Redder, Angelika/Weingarten, Rüdiger (eds.) *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 173-181
- Schegloff Emanuel A./Jefferson, Gail/Sacks, Harvey (1977) „The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation, in: *Language* 2, 361-182

- Schegloff, Emanuel A. (1982) „Discourse as an interactional achievement: Some uses of ‘uh huh’ and other things that come between sentences”, in: Tannen, Deborah (ed.) *Analyzing Discourse: Text and Talk*. Washington: Georgetown University Press, 71-93
- Schegloff, Emanuel A./Sacks, Harvey (1999) „Opening up Closings“, in: Jaworski, Adam/ Coupland, Nikolas (eds.) *The Discourse Reader*. London u.a.: Routledge, 263-274
- Schröter, Klaus (1974) „Psychoanalytischer Dialog und alltägliche Kommunikation“, in: Muck, Mario (ed.) *Information über Psychoanalyse. Therapeutische, theoretische und interdisziplinäre Ansätze*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 45-63
- Schütz, Alfred (1962) *Collected papers. The problem of Social Reality*. Bd.1. Den Haag: Martinus Nijhoff
- Streeck, Sabine (1989) *Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Eine konversationsanalytische Studie*. Opladen: Westdeutscher Verlag (Beiträge zur psychologischen Forschung 16)
- Turner, Roy (1972) „Some Formal Properties of Therapy Talk“, in: Sudnow, David (ed.) *Studies in Social Interaction*. New York: The Free Press, 367-396
- Turner, Roy (1976): „Einige formale Eigenschaften des therapeutischen Gesprächs“, in: Auwärter, Manfred/Kirsch, Edit/Schröter, Klaus (eds.): *Seminar: Kommunikation, Interaktion, Identität*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp, 140-190
- Wilke, Stefanie (1992) *Die erste Begegnung. Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Gespräch*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag
- Wolff, Stephan (1994) „Innovative Strategien qualitativer Sozialforschung im Bereich der Psychotherapie“, in: Buchholz, Michael B./ Streeck, Ulrich (eds.) *Heilen, Forschen, Interaktion. Psychotherapie und qualitative Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 39-65
- Wolff, Stephan/Meier, Christoph (1995) „Das konversationsanalytische Mikroskop: Beobachtungen zu minimalen Redeannahmen und Fokussierungen im Verlauf eines Therapiegesprächs“, in: Buchholz, Michael B. (ed.) *Psychotherapeutische Interaktion. Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 49-91
- Zimmermann, Don H./Pollner, Melvin „Die Alltagswelt als Phänomen“, in: Weingarten, Elmar/Sack, Fritz (eds.) *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, 64-104

Web-Dokumente

Selting, Margret/Auer, Peter/Barden, Birgit/ Bergmann, Jörg/ Couper-Kuhlen, Elizabeth/ Günthner, Susanne/ Meier, Christoph/Quasthoff, Uta/Schlobinski, Peter/ Uhmann, Susanne „Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT)“, Quelle: Linguistische Berichte 173, 1998, 91-122, Homepage von Peter Schlobinski, letzte Aktualisierung: 1.11.2003, Fachbereich für Literatur- und Sprachwissenschaften der Universität Hannover, 9.12.2003, <<http://www.fbls.uni-hannover.de/sdls/schlobi/schrift/GAT/gat.pdf>>

