

PATIENTEN MIT SOMATIFORMEN STÖRUNGEN IM PSYCHOTHERA-  
PEUTISCHEN GESPRÄCH. EINE KONVERSATIONSANALYTISCHE UN-  
TERSUCHUNG ZUR INTERAKTIVEN ERARBEITUNG EINES PSYCHO-  
SOMATISCHEN KRANKHEITSVERSTÄNDNISSES

Inaugural-Dissertation  
zur  
Erlangung der Doktorwürde  
der Philologischen Fakultät  
der Albert-Ludwigs-Universität  
Freiburg i.Br.

vorgelegt von

Anne-Maria Stresing  
aus Göttingen

WS 2008/09

Erstgutachter: Prof. Dr. Peter Auer

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene

Vorsitzende des Promotionsausschusses  
der Gemeinsamen Kommission der  
Philologischen, Philosophischen und Wirtschafts-  
und Verhaltenswissenschaftlichen Fakultät: Prof. Dr. Elisabeth Cheauré

Datum der Disputation: 07. Juli 2009

Titel der ursprünglich eingereichten Dissertation: Somatoforme Patienten im psychotherapeutischen Gespräch. Eine konversationsanalytische Untersuchung zur interaktiven Bearbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses

## DANKSAGUNG

Diese Arbeit hätte ohne die Unterstützung einer Vielzahl von Menschen nicht entstehen können.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Kurt Fritzsche, der mir die Daten zur Auswertung überlassen und mir einen umfassenden Einblick in die Studie ermöglicht hat, in deren Rahmen die Daten erhoben wurden.

Ich danke Frau Prof. Dr. Gabriele Lucius-Hoene, die sich nicht nur als Zweitgutachterin zur Verfügung gestellt, sondern mich auch in der Überzeugung bestärkt hat, dass konversationsanalytische Untersuchungen über einen linguistischen Erkenntnisgewinn hinaus konstruktiv für die psychotherapeutische Praxis genutzt werden können.

Ein ganz besonderer Dank geht an meinen Erstbetreuer, Herrn Prof. Dr. Peter Auer. Ohne seine wissenschaftliche Expertise, seinen scharfen analytischen Blick, seine Geduld, aber auch seine zuweilen antreibende Unterstützung hätte diese Arbeit in der vorliegenden Form nicht fertig gestellt werden können.

Mein Dank gilt Herrn Prof. Dr. Helmut Spiekermann, der, als Beisitzer meiner Disputation, das Endprodukt meiner Arbeit kennen gelernt und, als Kollege, auch den Entstehungsprozess begleitet hat.

Mein Dank geht auch an Herrn Prof. John Heritage, der sich während meines Forschungsaufenthaltes an der UCLA immer die Zeit genommen hat, mit der Erfahrung und dem Wissen eines konversationsanalytischen Pioniers meine Transkripte zu sezieren und der während meines Aufenthaltes in Los Angeles ein unschätzbare Kritiker meiner Analysen war.

Daneben gilt mein Dank all jenen, die die Entstehung meiner Arbeit als Kollegen und Freunde begleitet haben.

Mit Arja Rinnekangas habe ich nicht nur ein Jahr lang mein Büro, sondern auch die Höhen und Tiefen der Textproduktion geteilt – ihr vielen Dank für die solidarische Unterstützung in dieser Zeit.

Ich danke herzlich Christina Burbaum für die vielen inspirierenden Gespräche, ihre kritische wissenschaftliche Perspektive und ihre Einblicke aus der psychologischen Praxis.

Karin Birkner gilt mein voller Dank nicht nur für ihre zahlreichen wertvollen Anmerkungen während des gesamten Entstehungsprozesses meiner Arbeit, sie hat mich auch in Durststrecken mit ihrer motivierenden Art immer wieder ermutigt.

In einmaliger Erinnerung werden mir die Treffen der „Textinitiative“ bleiben, die sich neben den stundenlangen Auseinandersetzungen mit den eigenen wissenschaftlichen Texten auch den kulinarischen Genüssen verschrieben hatte: Meinen „Textinitiative“-Mitstreitern Anja Stukenbrock und Oliver Ehmer danke ich sehr für ihre fundierten Kommentare zu meiner Arbeit und ihre aufmunternde Unterstützung. Anja Stukenbrock danke ich darüber hinaus für ihre unschätzbare Unterstützung in der heißen Endphase der Dissertation.

Ich bedanke mich bei Melanie Laub, Tanja Rinker, Vivien Eichmüller, David Lerch, Benny Feussner und Markus Fink dafür, dass sie mich - von nah und fern - während der Dissertation begleitet haben.

Meinen Geschwistern Dorothea und Christoph danke ich herzlich dafür, dass sie in auch den wilden Phasen der Promotion immer für mich da waren.

Ich danke meinen Nichten Sofía und Carolina, die mir mit ihrem lebhaftem Temperament und ihrem überwältigenden Charme immer wieder gezeigt haben, dass es auch ein Leben neben „der Arbeit“ gibt.

Meinen Eltern Erika und Horst danke ich von Herzen für alles, was sie für mich getan haben. Sie haben mich immer in meinen Vorhaben ermutigt und mir durch ihre, auch finanzielle, Unterstützung vieles ermöglicht, was mein Leben geprägt und unendlich bereichert hat. Und sie waren auch in der Promotionszeit immer für mich da. Ihnen widme ich diese Arbeit.

# Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung und Fragestellungen.....	1
2. Somatoforme Störungen.....	6
2.1 Zum Krankheitsbild und zur Häufigkeit von somatoformen Störungen.....	7
2.2 Perspektive der Biomedizin.....	9
2.3 Probleme in der Arzt-Patient-Interaktion mit somatoformen Patienten.....	13
2.4 Perspektive der Psychosomatischen Medizin.....	14
2.5 Zur psychotherapeutischen Behandlung von somatoformen Störungen.....	18
3. Forschungsüberblick zur psychotherapeutischen Interaktion.....	22
4. Zur Methode der Konversationsanalyse.....	29
5. Daten.....	33
5.1 Die Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“.....	33
5.2 Zur Auswahl und Transkription der Daten.....	42
6. Kausalattributionen von somatoformen Patienten.....	47
6.1 Forschungsüberblick zu Kausalattributionen von somatoformen Patienten.....	47
6.2 Kausalattributionen von somatoformen Patienten in der Interaktion.....	52
6.2.1 Die Rolle von Evidenzen in somatischen und psychischen Kausalattributionen....	53
6.2.2 Kausalattributionen in ihrem argumentativen Begründungszusammenhang.....	57
6.2.3 Instabilität und Kontextsensitivität von Kausalattributionen.....	67
6.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse.....	76
7. Die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses in der Interaktion....	78
7.1 Konversationelle Verfahren der Therapeuten.....	79
7.1.1 Aktualisierungsfragen.....	81
7.1.2 Lokalisierungsfragen.....	106
7.1.3 Psychosomatische Zusammenführungen.....	129
7.2 Patientenreaktionen auf psychosomatische Zusammenführungen.....	164

7.3 Die weitere Entwicklung der Erarbeitung des Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Zusammenführungen: Zwei exemplarische Analysen.....	194
8. Die Aushandlung eines alternativen Krankheitsverständnisses im Verlauf mehrerer Sitzungen.....	222
9. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse.....	254
Literatur.....	271
Anhang.....	290
Transkripte.....	290
Behandlungsmanual der Studie.....	312

# 1. Einleitung und Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit analysiert Gespräche zwischen Psychotherapeuten und Patienten, die an sogenannten somatoformen Störungen leiden. Es soll untersucht werden, wie Therapeuten und Patienten in der Interaktion ein gemeinsames, das heißt psychosomatische Erklärungen einbeziehendes, Krankheitsverständnis entwickeln und erarbeiten können.

Mit dem Begriff „somatoforme Störungen“ werden multiple körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht ausreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen, die aber in ihrer Erscheinungsform von den betroffenen Patienten nicht von somatischen Erkrankungen unterschieden werden können. Obwohl in der Fachliteratur angenommen bzw. anerkannt wird, dass psychische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen eine Rolle spielen (vgl. Brähler/Strauß 2000; Lipowski 1988; Sauer/Eich 2007) und viele Ärzte davon überzeugt sind, dass sich die Beschwerden der von ihnen behandelten Patienten, zumindest zum Teil, auf psychosoziale Ursachen zurückführen lassen (vgl. Ring et al. 2005), erhalten die Patienten überproportional häufig medizinische Untersuchungen und Behandlungen bis hin zu operativen Eingriffen, die nicht nur ineffektiv, sondern auch schädlich sein können (vgl. Barsky et al. 2001; Nilges/Gerbershagen 1994; Stanley et al. 2002). Damit verursachen somatoforme Patienten<sup>1</sup> enorme Kosten für das Gesundheitssystem. Die Behandlungskosten für diese Patientengruppe sind im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung im stationären Bereich um das 6fache, im ambulanten Bereich sogar um das 14fache erhöht (vgl. Scheidt 2002: 111).

Die Beziehung von Ärzten und somatoformen Patienten gilt per definitionem als gestört (Dilling et al. 2005), und somatoforme Störungen werden auch als „Beziehungsstörungen im Gesundheitswesen“ (Rudolf/Henningsen 2003) bezeichnet. Dabei wird die Diskrepanz in den Ursachenüberzeugungen der Ärzte und Patienten als zentrales Problem der Interaktion gesehen (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.6).

Patienten mit somatoformen Störungen gelten bei den behandelnden Ärzten oft als schwierige und untherapierbare Patienten (vgl. Escobar et al. 1987; Reid et al. 2001), die auf einer organischen Ursache ihrer Beschwerden bestehen und sich weigern, psychosoziale Ursachen ihrer Beschwerden anzuerkennen (vgl. Dilling et al. 2005; Goldberg/Bridges 1988), auch wenn Studien zeigen, dass die Patienten von sich aus nicht überdurchschnittlich häufig nach somatischen Interventionen verlangen, und dass sie sogar häufiger als Patienten mit medizinisch erklärbaren

---

<sup>1</sup> Auch wenn die Bezeichnung „somatoforme Patienten“ semantisch nicht korrekt ist – es sind die Störungen, die somatoform sind, nicht die Patienten, die an diesen Störungen leiden – wird aus Formulierungsgründen in dieser Arbeit an einigen Stellen, u.a. auch in Titelüberschriften, dennoch an dieser Kurzbezeichnung festgehalten.

Symptomen, psychologische Hilfe und emotionale Unterstützung von ihrem Hausarzt einfordern (vgl. Dowrick et al. 2004; Ring et al. 2004; Salmon et al. 2004). Ärzte fühlen sich im Umgang mit somatoformen Patienten oft machtlos (vgl. Wileman et al. 2002) oder von den Patienten kontrolliert (Salmon et al. 2004) und entwickeln in der Arbeit mit diesen Patienten häufig Frustration (vgl. Woivilain et al. 2004: 200).

Die Patienten wiederum fühlen sich aufgrund der wiederholten negativen Befunde oftmals nicht von ihrem Arzt verstanden oder bezweifeln dessen Kompetenz, so dass sie nicht selten mehrfach den Arzt wechseln (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.6; Katon et al. 1991). Auch befürchten viele somatoforme Patienten, von ihrem Arzt als Simulanten oder Hypochonder eingestuft bzw. als 'psychisch krank' stigmatisiert zu werden (vgl. Nettleton et al. 2005; Salmon et al. 1999; Werner/Malterud 2003; Werner et al. 2004).

Auch im psychotherapeutischen Kontext ergeben sich Probleme in der Interaktion mit somatoformen Patienten: Obwohl die Patienten, die einen Psychotherapeuten aufsuchen, vermutlich eher offen gegenüber psychosomatischen Erklärungsansätzen sind, gelten sie insgesamt doch als wenig motiviert und wenig introspektiv und brechen eine Psychotherapie oft bereits nach wenigen Sitzungen ab (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 4.2). Auch suchen die Patienten neben einem Psychotherapeuten oft weiterhin Ärzte verschiedener medizinischer Fachrichtungen auf (vgl. Scheidt 2002: 114) und begeben sich auf die Suche nach einer möglichen organischen Erklärung für ihre Beschwerden.

Die hier untersuchten Daten stellen insofern eine besondere Interaktionssituation dar, als sie weder einem klassischen Hausarztsetting noch einem konventionellen psychotherapeutischen Setting zuzuordnen sind. Bei den hier untersuchten Gesprächen handelt es sich um Konsil- Liaison-Gespräche<sup>2</sup> zwischen Psychotherapeuten und im Krankenhaus stationär aufgenommene Patienten. Die Gespräche wurden im Rahmen einer Studie durchgeführt, deren Hauptziel die Motivierung der Patienten für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung war. Aufgabe der Therapeuten war es unter anderem, potentielle psychosoziale Belastungssituationen der Patienten zu identifizieren, die Patienten für psychosomatische Erklärungen ihrer Erkrankung zu sensibilisieren und letztendlich ein gemeinsames, psychosomatische Erklärungen einbeziehendes, Krankheitsverständnis zu entwickeln. Die Interaktionssituation war in Bezug auf die Herstel-

---

<sup>2</sup> Konsil- und Liaisondienste sind psychotherapeutische Dienste, die die psychosoziale Versorgung von Patienten im Allgemeinkrankenhaus verbessern sollen. Bei dem Konsildienst werden Psychotherapeuten auf, oft auch spontane, Anfrage der Ärzte eingesetzt, um psychodiagnostische Untersuchungen durchzuführen oder auch psychotherapeutische Hilfe anzubieten. Bei dem Liaisondienst sind die Psychotherapeuten kontinuierlich vor Ort anwesend und sind in das medizinische Behandlungsteam integriert. Der Therapeut ist regelmäßig auf der entsprechenden Station präsent, er nimmt an Visiten, Stationsbesprechungen etc. teil und berät und unterstützt das medizinische Team.

lung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses insofern zugespitzt, als viele der Patienten in den hier untersuchten Gesprächen nach zum Teil langen Ärzteodysseen darauf hofften, dass die teilweise recht extensiven medizinischen Untersuchungen im Krankenhaus (nun endlich) einen positiven Organbefund erbringen und sich ihre Erkrankung medizinisch erklären und dementsprechend behandeln lassen würden. Die Therapeuten sahen sich also vor die Aufgabe gestellt, bereits während des Krankenhausaufenthaltes und trotz der vielfach vorherrschenden Hoffnung der Patienten auf eine medizinische Erklärung ihrer Beschwerden, ein gemeinsames, psychosomatische Erklärungen einschließendes, Krankheitsverständnis herzustellen und gemeinsam mit den Patienten zu erarbeiten.

An diesem Punkt, der Herstellung und Erarbeitung eines gemeinsamen bzw. psychosomatischen Krankheitsverständnisses im Gespräch, setzt die hier vorliegende Arbeit an. Ziel der Arbeit ist es, konversationsanalytisch zu untersuchen, wie sich ein solches Krankheitsverständnis in dieser besonderen Interaktionssituation entwickeln und wie es erarbeitet werden kann. Ein psychosomatisches Krankheitsverständnis kann nur im Gespräch, in der verbalen Interaktion, hergestellt werden und muss zusammen mit dem Patienten erarbeitet werden. Therapeuten und Patienten müssen ihre eventuell voneinander abweichenden Krankheitsüberzeugungen im Gespräch aushandeln und sich interaktiv auf ein psychosomatisches Krankheitsverständnis einigen. Nur wenn es zu einer interaktionellen Abstimmung über ein psychosomatisches Krankheitsverständnis kommt, kann es in einem weiteren Schritt zu einer produktiven Auseinandersetzung mit den beschwerdeauslösenden bzw. -erhaltenden psychischen und psychosozialen Belastungen des Patienten und damit letztendlich auch zu einer Verbesserung der Beschwerden und bestenfalls zu einer Heilung der Erkrankung kommen.

Die vorliegende Arbeit geht daher zum einen der Frage nach, welche konversationellen Verfahren die Therapeuten einsetzen, um die Patienten für ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu sensibilisieren bzw., um ihnen psychosomatische Erklärungen anzubieten. Daran schließt sich die Frage an, wie die Patienten mit diesen Sensibilisierungsverfahren umgehen bzw. wie sie die psychosomatischen Erklärungen aufgreifen und inwieweit sie diesen zustimmen oder sie ablehnen. Des Weiteren soll analysiert werden, wie sich die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Erklärungen sequentiell weiter entwickelt. Dabei geht es darum, zu untersuchen, wie die Therapeuten trotz Zweifeln oder abweichender Krankheitsvorstellungen der Patienten weiter an einem psychosomatischen Krankheitsmodell arbeiten und ob es letztendlich zur Herstellung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses kommt. Darüber hinaus soll untersucht werden, wie sich die Aushandlung eines alternativen Krankheitsverständnisses über mehrere Sitzungen einer Thera-

peut-Patient-Dyade hinweg gestaltet. In der Untersuchung sollen auch kritische Momente dieser Aushandlung und ihre Bearbeitung berücksichtigt werden. Damit sind die Hauptfragestellungen dieser Arbeit benannt.

Da sich die Interaktion mit somatoformen Patienten oft an den divergierenden Ursachenvorstellungen entzündet bzw. oftmals davon ausgegangen wird, dass die Patienten von einer organischen Ursache ihrer Erkrankung überzeugt sind, sollen in dieser Arbeit auch die Ursachenvorstellungen, die so genannten Kausalattributionen, der Patienten von ihrer Erkrankung berücksichtigt werden. Dabei geht es grundsätzlich darum, zu untersuchen, welche Kausalattributionen die Patienten im Gespräch äußern; ob sie tatsächlich an einer organischen Ursachenüberzeugung festhalten oder ob sie auch über differenziertere Kausalattributionen verfügen. Des Weiteren soll untersucht werden, auf welche Evidenzen die Patienten ihre Ursachenattributionen stützen, wie sie sie argumentativ herleiten und wie sich die Attributionen im Verlauf der Gespräche entwickeln oder verändern.

Die Arbeit ist folgendermaßen aufgebaut:

Kapitel 2 gibt einen Überblick über somatoforme Störungen. Zunächst werden das Krankheitsbild und die Häufigkeit somatoformer Störungen erläutert (Kapitel 2.1). In Kapitel 2.2 wird die Perspektive der Biomedizin auf medizinisch nicht erklärbare Symptome geschildert<sup>3</sup>. Kapitel 2.3 beschreibt die Probleme in der Arzt-Patient-Interaktion mit somatoformen Patienten. In Kapitel 2.4 wird das Verständnis der somatoformen Störungen in der psychosomatischen Medizin dargestellt, bevor abschließend exemplarisch psychotherapeutische Behandlungskonzepte für Patienten mit somatoformen Störungen vorgestellt werden (Kapitel 2.5). Kapitel 3 liefert einen allgemeinen Forschungsüberblick zur psychotherapeutischen Interaktion. In Kapitel 4 wird die dieser Arbeit zugrundeliegende Methode, die Konversationsanalyse, erläutert. Kapitel 5 widmet sich den hier untersuchten Daten. Kapitel 5.1 beschreibt die Studie, in deren Rahmen die hier untersuchten Gespräche geführt wurden. Kapitel 5.2 erläutert die Auswahl und Transkription der Daten.

Kapitel 6 stellt das erste empirische Kapitel dar. In dem Kapitel wird zunächst ein Forschungsüberblick über Kausalattributionen von somatoformen Patienten geliefert (Kapitel 6.1), bevor die Ursachenattributionen der Patienten in den hier untersuchten Gesprächen dargestellt werden (Kapitel 6.2). Es wird gezeigt, auf welche Evidenzen die Patienten ihre Ursachenattributionen

---

<sup>3</sup> In Bezug auf die Biomedizin kann nicht von somatoformen Störungen gesprochen werden. Die Biomedizin beachtet eine eigenständige Konzeptualisierung funktioneller Körpersyndrome (vgl. dazu die Ausführungen in Kapitel 2.2), die nicht deckungsgleich mit dem aus der psychiatrischen Klassifikation stammenden Konzept der somatoformen Störungen sind (vgl. Kapfhammer 2007). Die einzelnen in den Diagnosesystemen aufgeführten funktionellen Syndrome sind allerdings empirisch wahrscheinlich weitgehend identisch zu somatoformen Störungen (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.3).

stützen (Kapitel 6.2.1), wie sie sie argumentativ herleiten (Kapitel 6.2.2), und es wird die Instabilität und Kontextsensitivität von Ursachenvorstellungen im Verlauf der Gespräche demonstriert (Kapitel 6.2.3). Dieses Kapitel dient damit insofern auch als Basis für die weiteren empirischen Analysen, als es zeigt, mit welchen Kausalattributionen und Argumentationen sich die Therapeuten konfrontiert sehen und auf welcher Grundlage sie ihre psychosomatischen Sensibilisierungsverfahren und Erklärungen einbringen.

Kapitel 7 bildet den empirischen Kern der Arbeit. Das Kapitel gliedert sich im Detail auf wie folgt: In Kapitel 7.1 wird der Frage nachgegangen, welche konversationellen Verfahren die Therapeuten einsetzen, um die Patienten für eine psychosomatische Erklärung ihrer Beschwerden zu gewinnen. In einem nächsten analytischen Schritt in Kapitel 7.2 werden die Reaktionen der Patienten auf psychosomatische Erklärungen, im Speziellen auf so genannte psychosomatische Zusammenführungen, untersucht. Es wird rekonstruiert, wie die Patienten diese Erklärungen aufgreifen und wie bzw. inwieweit sie das Erklärungsmodell der Therapeuten ratifizieren oder zurückweisen. Die eher isolierte Darstellungsweise der psychotherapeutischen Verfahren und der Reaktionen der Patienten kann den dynamischen Erarbeitungsprozess eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses nicht in seiner Komplexität erfassen. Psychotherapeutische Verfahren werden in den meisten Fällen weder als Paarsequenz noch als „three-part sequence“ (Buttny 1996) realisiert, sondern werden im Anschluss weiter bearbeitet und ausgehandelt (vgl. Kindt 1984; Vehviläinen 2008). Daher werden in Kapitel 7.3 längere Sequenzen analysiert, an denen verdeutlicht werden kann, wie sich die Erarbeitung des Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Erklärungen weiterentwickelt. Für die Analyse wurden exemplarisch zwei Verläufe ausgewählt, die sich an psychosomatische Zusammenführungen anschließen.

In Kapitel 8 wird die Aushandlung eines alternativen Krankheitsverständnisses über den Verlauf mehrerer Sitzungen mit einer Patientin nachvollzogen. Dabei geht es auch darum, zu analysieren, welche kritischen Momente sich in diesen Aushandlungsphasen ergeben und wie sie bearbeitet werden.

In Kapitel 9 werden die Ergebnisse der Analysen zusammengefasst, in einem weiteren Zusammenhang diskutiert, und es werden Vorschläge für die psychotherapeutische Praxis formuliert.

## 2. Somatoforme Störungen

Bevor in diesem Kapitel das Krankheitsbild der somatoformen Störungen näher vorgestellt und aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet wird, sollen zuvor zwei begriffliche Klärungen erfolgen.

Die Studie, in deren Rahmen die hier untersuchten Gespräche durchgeführt wurden, geht von der diagnostischen Kategorie `somatoforme Störungen´ aus. Daher soll auch in dieser Arbeit und damit auch in den folgenden Teilkapiteln an dem Begriff festgehalten werden, auch wenn sich in der Literatur unterschiedliche Begriffe für medizinisch nicht erklärbare Beschwerden finden und in neuerer Zeit sogar von unterschiedlicher Seite gefordert wird, die Klassifikation `somatoform´ neu zu konzeptualisieren (vgl. Noyes et al. 2008; Rief/Sharpe 2004) oder sogar als diagnostische Kategorie ganz abzuschaffen<sup>4 5</sup>(vgl. Mayou et al. 2003; Phillips et al. 2003). Neben dem Begriff `somatoform´ finden sich beispielsweise die Begriffe `funktionelle Beschwerden´, `Somatisierung´, und in neuerer Zeit vermehrt auch der Begriff `medizinisch unerklärbare Symptome´ (MUS), die zum Teil auch auf unterschiedliche Konzepte verweisen. Von funktionellen Beschwerden spricht man vor allem in der inneren Medizin; zu funktionellen Syndromen zählen z.B. das Chronic Fatigue Syndrome und die Fibromyalgie<sup>6</sup>, die empirisch vermutlich weitgehend identisch zu somatoformen Störungen sind<sup>7</sup> (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.3.). Der Begriff `Somatisierung´ bezeichnet die allgemeine Tendenz, körperliche Beschwerden als Antwort auf psychosoziale Belastungen zu entwickeln und dafür medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen (vgl. Lipowski 1988). `Medizinisch unerklärbare Symp-

---

<sup>4</sup> Die Abschaffung der Kategorie `somatoform´ wird unter anderem deshalb gefordert, weil somatoforme Störungen, wie sie z.B. in der vierten Version des „Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen“ (DSM IV) aufgeführt werden, sehr heterogen sind und in bestimmten Erscheinungsformen psychischen Störungen gleichen, die eigenständige diagnostische Kategorien bilden (vgl. Phillips et al. 2003). So gleicht z.B. die Hypochondrie (die als eine Unterkategorie der somatoformen Störungen gilt) in einer spezifischen Ausprägung stark einer somatischen Obsession, die unter die Kategorie „Zwangsstörung“ fallen könnte, in einer anderen Erscheinungsform ähnelt sie eher einer Somatisierungsstörung oder auch einer depressiven Störung (vgl. Phillips et al. 2003: 67).

<sup>5</sup> So bezieht sich z.B. die Darstellung der Interaktion zwischen Hausarzt und Patienten (Kapitel 2.3) auch auf Arbeiten, die sich nicht explizit auf das Konzept `somatoform´ beziehen, sondern von dem allgemeinen Konzept `medizinisch nicht erklärbare Symptome´ (MUS) ausgehen.

<sup>6</sup> Das Chronic Fatigue Syndrome wird in der AWMF-Leitlinie folgendermaßen beschrieben: „Das CFS [Chronic Fatigue Syndrome] ist ein an der Hauptsymptomatik Erschöpfung ausgerichteter Sammelbegriff, der erhebliche Überschneidungen mit anderen Krankheitsbildern, wie z.B. Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen oder organische bedingte Erkrankungen aufweist“ (AWMF-Leitlinie 2001, 051/008, 2). Fibromyalgie wird in der Leitlinie als Symptomkomplex beschrieben, der sich durch chronische Schmerzen in mehreren Körperregionen auszeichnet. Die Schmerzen sind oft „mit anderen Beschwerden wie Druckschmerzempfindlichkeit, Steifigkeits- und Schwellungsgefühl der Hände der Füße und des Gesichts, Müdigkeit, Schlafstörungen sowie mit seelischen Beschwerden wie Ängstlichkeit und Depressivität assoziiert“ (AWMF-Leitlinie 2008, 041/004, 1). Die zitierten Leitlinien wurden von der AWMF, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, herausgegeben und finden sich online unter: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF>

<sup>7</sup> Vgl. dazu Kapitel 2.2

tome´ wiederum stellen keine spezifische Störung und auch keine diagnostische Kategorie dar. Der Begriff hebt vielmehr auf die spezifische soziale Situation ab, dass Patienten unter körperlichen Symptomen leiden, deren Existenz durch medizinische Befunde nicht nachgewiesen und damit auch medizinisch nicht ausreichend erklärt werden kann. MUS werden in den derzeitigen diagnostischen psychiatrischen Klassifikationssystemen den somatoformen Störungen zugeordnet und in den somatischen Systemen als unterschiedliche funktionelle Störungen klassifiziert (vgl. Kapfhammer 2007).

Da in dieser Arbeit im Hinblick auf die somatoformen Störungen oft die Rede von psychosomatischen Erklärungen und Zusammenhängen ist, soll auch eine begriffliche Differenzierung von `somatoform´ und `psychosomatisch´ vorgenommen werden.

Somatoforme Störungen sind nicht gleichzusetzen mit psychosomatischen Störungen. Unter `klassischen´ psychosomatischen Erkrankungen versteht man Erkrankungen, bei denen organische Ursachen feststellbar sind, psychische Faktoren jedoch eine wesentliche modifizierende Rolle spielen. So gehören z.B. Migräne, Neurodermitis oder Asthma bronchiale zu den eigentlichen psychosomatischen Krankheiten (vgl. Bleichhardt/Hiller 2007: 302). Somatoforme Störungen zählen dementsprechend nicht zu den `klassischen´ psychosomatischen Erkrankungen. Der Begriff `psychosomatisch´ wird allerdings zunehmend allgemein verwendet, um das Zusammenspiel von psychischen und körperlichen Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung unterschiedlicher Beschwerdebilder zu beschreiben (vgl. *ibid.*). In dieser Arbeit wird `psychosomatisch´ in einem solchen weiten Sinne verwendet.

## 2.1 Zum Krankheitsbild und zur Häufigkeit von somatoformen Störungen

Als somatoforme Störungen werden multiple körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht ausreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen. In ihrer Erscheinungsform können die Beschwerden von den betroffenen Patienten allerdings nicht von somatischen Erkrankungen unterschieden werden. Somatoforme Störungen werden in den Diagnosesystemen als psychische Störungen klassifiziert. Sowohl das aktuelle „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM IV) als auch die aktuelle Version der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD-10) nennen als wesentliches diagnostisches Kriterium somatoformer Störungen das Vorliegen einer bestimmten Anzahl von Beschwerden, die sich auf jeden Körperteil oder jedes System des Körpers beziehen können<sup>8</sup> (vgl.

---

<sup>8</sup> Dabei differenziert das ICD-10 die somatoformen Störungen noch einmal nach folgenden Krankheitsbildern: Somatisierungsstörung, undifferenzierte Somatisierungsstörung, hypochondrische Störung, somatoforme autonome Funktionsstörung und anhaltende somatoforme Schmerzstörung (vgl. Dilling et al. 2005).

Dilling et al. 2005; Saß et al. 2003). Zu den typischen Symptomen zählen Kopf- Gelenk- und Brustschmerzen, Bauchschmerzen sowie gastrointestinale Beschwerden<sup>9</sup> und Blasenentleerungsstörungen. Der Verlauf der somatoformen Störungen ist chronisch (vgl. Dilling et al. 2005), und oftmals wechseln die vorherrschenden körperlichen Beschwerden während des Krankheitsverlaufs oder es kommen weitere Symptome hinzu (vgl. Bleichhardt/Hiller 2007: 299).

Das Diagnosesystem des ICD-10 schließt solche Symptome aus, die aufgrund anderer psychischer Störungen, z.B. Depressionen oder Angststörungen, bestehen. Allerdings gehen affektive Störungen<sup>10</sup> oder depressive Erkrankungen häufig mit Somatisierungsstörungen einher (vgl. Kirmayer/Robbins 1991; Fritzsche et al. 2003a; Lipowski 1990), bzw. finden sich bei Patienten, die an somatoformen Störungen leiden, oft Anzeichen einer früheren oder gegenwärtig vorhandenen Depression, einer Angst- oder Persönlichkeitsstörung<sup>11</sup> (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.1.; Bleichhardt/Hiller 2007; Morschitzky 2000). Dieses Zusammentreffen verschiedener Krankheitsbilder kann unter Umständen zu Schwierigkeiten in der diagnostischen Zuordnung führen (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.1.). Häufig wird die somatoforme Symptomatik tatsächlich nicht erkannt und somit auch nicht angemessen diagnostiziert (vgl. Bleichhardt/Hiller 2007: 299).

In der Fachliteratur wird allgemein angenommen bzw. anerkannt, dass psychische und psychosoziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen eine Rolle spielen<sup>12</sup> (vgl. Brähler/Strauß 2000; Lipowski 1988; Sauer/Eich 2007).

Eine bundesweite Untersuchung zu psychischen Störungen ergab, dass 7,5 % der 18-65jährigen an somatoformen Störungen leiden, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer (vgl. Wittchen et al. 1999). Insgesamt sind somatoforme Störungen nach Sucht- und Angststörungen die dritthäufigste psychische Störung in der Bundesrepublik (vgl. Meyer et al. 2000). Der prozentuale Anteil somatoformer Patienten in deutschen Allgemeinarztpraxen ist dementsprechend ebenfalls relativ hoch. Bleichhardt und Hiller (2007: 299) nennen 20 bis 30 %, Bühring (2003:

---

<sup>9</sup> Als gastrointestinale Beschwerden werden Beschwerden bezeichnet, die den Verdauungstrakt (Mund, Speiseröhre, Magen, Dünndarm und Dickdarm) betreffen.

<sup>10</sup> Affektive Störungen werden im ICD-10 als Störungen definiert, deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitender Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen (vgl. Dilling et al. 2005). Zu den affektiven Störungen zählen z.B. bipolare Störungen und depressive Episoden.

<sup>11</sup> Morschitzky (2000) führt folgende Komorbiditätsraten bei somatoformen Störungen auf: Depressive Störungen: 60-70 %, Angststörungen: 20-40%, Substanzabhängigkeit oder -missbrauch: 15-20%, Persönlichkeitsstörungen: 30-60%.

<sup>12</sup> Zu einer ausführlicheren Darstellung zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen vgl. Kapitel 2.4.

546) gibt an, dass 30 bis 50% der Arztbesuche bei Allgemeinärzten auf Beschwerden zurückgehen, für die es keine organischen Ursachen gibt.

In Allgemeinkrankenhäusern und Kliniken verschiedener Fachrichtungen machen somatoforme Patienten, abhängig von den zugrunde liegenden Diagnosekriterien, 10 bis 40% der Gesamtzahl der Patienten aus (vgl. Creed et al. 1990, Fritzsche et al. 2003b, Hansen et al. 2001; Kirmayer/Robbins 1991).

Die Behandlungskosten für somatoforme Patienten sind im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung im stationären Bereich um das 6fache, im ambulanten Bereich sogar um das 14fache erhöht (vgl. Scheidt 2002: 111).

Im Gegensatz zu den hohen Zahlen in Allgemeinarztpraxen und Kliniken, findet sich nur ein geringer Prozentsatz von somatoformen Patienten in psychotherapeutischer Fachbehandlung: Eine Studie, die in 40 Fachpraxen niedergelassener Psychotherapeuten durchgeführt wurde, erbrachte das Ergebnis, dass sich unter 800 Patienten nur 6% mit einer somatoformen Störung fanden (vgl. Scheidt et al. 1998).

## 2.2 Perspektive der Biomedizin

Körperliche Beschwerden, die nicht auf organische Pathologien oder Funktionsstörungen zurückzuführen sind, stellen die Biomedizin und damit auch die in einem biomedizinisch orientierten Versorgungssystem behandelten Patienten vor ein Problem.

Im Folgenden wird dargestellt, welche Perspektive die Biomedizin in Bezug auf organisch nicht erklärbare Symptome<sup>13</sup> einnimmt und welche Probleme sich aufgrund des Umgangs mit diesen Beschwerden ergeben. Vorweg werden die Grundannahmen der Biomedizin erläutert.

Der Begriff `Biomedizin´ hebt auf unterschiedliche inhaltliche Bereiche der Medizin ab<sup>14</sup>. Im Folgenden wird damit die Medizinform verstanden, die ursprünglich als `Schulmedizin´ oder auch als westliche oder moderne Medizin bezeichnet wurde (vgl. Kleinman 1995; Amarasingham Rhodes 1996). Diese Form der Biomedizin ist naturwissenschaftlich orientiert und „primär an biologischen Prozessen und organischen Pathologien interessiert“ (Lalouschek

---

<sup>13</sup> In Bezug auf die Biomedizin kann nicht von somatoformen Störungen gesprochen werden. Die Biomedizin beachtet eine eigenständige Konzeptualisierung funktioneller Körpersyndrome (vgl. dazu die Ausführungen weiter unten in diesem Kapitel), die nicht deckungsgleich mit dem aus der psychiatrischen Klassifikation stammenden Konzept der somatoformen Störungen sind (vgl. Kapfhammer 2007). Die einzelnen in den Diagnosesystemen aufgeführten funktionellen Syndrome sind allerdings empirisch wahrscheinlich weitgehend identisch zu somatoformen Störungen (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.3).

<sup>14</sup> So ist damit neben der hier verwendeten Bedeutung z.B. auch das interdisziplinäre Fachgebiet gemeint, das Inhalte und Fragestellungen der experimentellen Medizin mit den Methoden der Molekular- und Zellbiologie verbindet. Vgl. Zentrale Studienberatung der Universität Würzburg: <http://www.zv.uni-wuerzburg.de/studienberatung/biomedizin.htm>.

2005: 15). Sie sieht ihren Auftrag darin, den kranken Körper zu heilen und, wo das nicht möglich ist, zumindest die pathologischen physiologischen Prozesse zu kontrollieren.

In dieser Ausrichtung ist die Biomedizin ein „machtvoller und prestigeträchtiger Zweig der Medizin“ (Kalitzkus 2005: 196), der das Medizinstudium, die medizinische Ausbildung und große Teile der medizinischen Forschung in der westlichen Welt und auch darüber hinaus prägt (vgl. *ibid.*: 195; Coburn/Willis 2000).

Der Biomedizin liegt ein kausal-analytisches und lineares Denkmodell zugrunde. Sie kann als Produkt der westlichen Kultur gesehen werden, als ein Projekt der Moderne „[which is] characterized by the defining features of grand narrative, belief in progress, and valuing of reason, science and technology“ (Gray 1998: 57). Biomediziner sehen die Ergebnisse, die sie aus ihren technologisch zum Teil hoch entwickelten Untersuchungen erzielen, als objektiv und ihr Wissen als ‚bewiesen‘ an<sup>15</sup>.

Historisch gesehen lässt sich das biomedizinische Paradigma auf die Leib-Seele-Dichotomie, die dualistische Trennung von Geist und Körper, zurückführen, die hauptsächlich mit dem Namen René Descartes (1596-1650) verbunden ist. Aus Descartes´ rationalistischem Maschinenmodell, das eine materielle körperliche Seite und eine immaterielle geistige Seite des Menschen annimmt, folgt, „dass die ursprüngliche aristotelische Einheit von Leib und Seele zerbricht“ (Heim 1998: 231). Dieser dichotomischen Sichtweise zufolge ist der Körper eine „soulless mortal machine capable of mechanistic explanation and manipulation“ und der Geist „bodyless [...], immortal, immaterial, [...] largely unnecessary to account for physical disease and healing.“ (Kirmayer 1988: 59; vgl. dazu Osherson/Amarasingham 1981).

Die oben erläuterten Grundannahmen prägen die biomedizinischen Modelle und Definitionen von Gesundheit und Krankheit: Krankheit ist demnach definiert als eine „Störung einer Organfunktion bzw. als eine pathologisch veränderte Organstruktur“ (Lalouschek 2005: 17). In dieser Sichtweise ist nicht der Mensch als Ganzes erkrankt, sondern sein Körper. Die Krankheit kann somit vom Individuum losgelöst werden und als solche autonom erfasst und behandelt werden<sup>16</sup> (vgl. Heim/Willi 1986; Lalouschek 2005; Postert 1996). Der Körper wird aufgeteilt in Organe und Extremitäten und wird als fragmentarisch erlebt und behandelt. Diese Zergliede-

---

<sup>15</sup> Diese objektivistische Sichtweise wird allerdings von unterschiedlichen Seiten, und sicherlich nicht zuletzt auch von biomedizinisch ausgerichteten Praktikern selbst, angezweifelt. So äußern sich z.B. Nilges/Gerbershagen (1994: 5) kritisch zu dieser Haltung: Medizinische Befunde seien nicht allein „schon deshalb objektiv, weil subjektive Einflüsse des Messobjekts keine Rolle spielen.“ Letztendlich seien alle biomedizinischen Daten subjektiv, weil sie von Menschen interpretiert werden müssen (vgl. *ibid.*; Rudy et al. 1992).

<sup>16</sup> Allerdings definiert das Pschyrembel Klinische Wörterbuch Krankheit nicht nur als rein somatische, objektive Größe, sondern bezieht den Menschen und sein Empfinden sowie psychische Prozesse durchaus mit ein. Nach ‚dem Pschyrembel‘ (2002: 904) ist eine Definition von Krankheit eine „Störung der Lebensvorgänge in Organen od. im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperl., geistigen bzw. seelischen Veränderungen“.

nung des menschlichen Körpers spiegelt sich auch in der Teilung und Spezialisierung im medizinischen Versorgungssystem wider, in dem die einzelnen Fachbereiche jeweils für bestimmte Organe `zuständig` sind (z.B. Nephrologie, Urologie, Neurologie) (vgl. Lalouschek 2005: 18). In dieser naturwissenschaftlich ausgerichteten, objektivierenden Sicht auf Krankheit kommt „die `erkrankte Person` abhanden [...]“ (ibid: 17). „Subjektive Patientenschilderungen und das individuelle Erleben von `Kranksein` treten hinter die messbaren und objektivierbaren biomedizinischen Fakten zurück, die durch abstrakte Labordaten oder bildgebende Verfahren geliefert werden“ (Kalitzkus 2005: 200).

Im Englischen wird eine begriffliche Unterscheidung von `disease`, der objektiven Krankheit, und `illness`, der subjektiv erlebten Erkrankung, gemacht, die im Deutschen so nicht existiert: `Disease` „refers to abnormalities in the structure and/or function of organs, pathological states whether or not they are culturally recognized“ (Young 1982: 264). `Disease` ist somit also der „arena of the biomedical model“ (Amarasingham Rhodes 1996: 171) zuzuordnen. `Illness` hingegen „refers to a person’s perceptions and experiences of certain socially disvalued states including, but not limited to, disease.“<sup>17</sup> (Young 1982: 264).

Durch die (biomedizinische) Diagnose wird die `illness`, die subjektiv erfahrene Wahrnehmung der Symptome, zur `disease`, einer objektiv messbaren und validierten Erkrankung. Lalouschek (2005: 33f.) weist darauf hin, dass in einer biomedizinisch orientierten Gesellschaft „eine klare organische Diagnose individuell wie sozial entlastend [wirkt], sie kann das fremde körperliche Geschehen benennen, sie entbindet von persönlicher Schuld oder Versagen und sie vermittelt Hoffnung auf Heilbarkeit durch entsprechende medizinische Maßnahmen.“ (vgl. dazu Hyden/Sachs 1998).

Eine solche Entlastung bleibt somatoformen Patienten verwehrt. Ihre Symptome lassen sich nicht auf Abnormalitäten in der Struktur und/oder Funktion der Organe zurückführen. Die Beschwerden sind nicht objektiv mess- und validierbar und damit biomedizinisch nicht diagnostizier- und dementsprechend auch nicht heilbar. Medizinisch unerklärbare Symptome „remain, to some extent, an anomalous category within the biomedical model“ (Helman 1988: 95). Eine Antwort der Biomedizin auf diese `anormale Kategorie` ist es, Krankheitskonzepte zu schaffen, zu denen organisch nicht erklärable Erkrankungen zugeordnet werden. Vielen Patienten mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen wird z.B. mitgeteilt, dass sie an „funktionellen Störungen“ leiden, die je nach medizinischer Fachrichtung an unterschiedlichen Diagnosen festgemacht werden. So diagnostizieren Rheumatologen nicht erklärable Muskelschmerzen z.B. als

---

<sup>17</sup> Im Deutschen ließe sich eine solche Unterscheidung am ehesten durch die Begriffe `Befund` und `Befinden` vornehmen, wobei der Befund der `disease` und das Befinden der `illness` zuzurechnen wäre.

Fibromyalgie, Gastroenterologen unerklärbare Bauchbeschwerden als `Reizdarm` usw. (vgl. Salmon 2007: 246; Wessely et al. 1999). Eine solche Erklärung ist allerdings zirkulär, da die Symptome, die als Evidenz für die Erkrankung herangezogen werden, wiederum mit der Erkrankung erklärt werden (vgl. Salmon 2007: 246). Die `Nichterfassbarkeit` der Beschwerden kann auch dazu führen, dass die Symptome in biomedizinisch erklärbare Organpathologien übersetzt werden, was zum Teil zu verheerenden Fehlbehandlungen und iatrogenen, das heißt durch einen ärztlichen Eingriff entstandene, Schäden führt (vgl. Nilges/Gerbershagen 1994). Nicht selten allerdings werden körperliche Beschwerden ohne Organbefund ganz aus einer biomedizinischen Erklärung herausgehoben, und die Patienten werden von den Ärzten als Simulanten oder Hypochonder eingestuft und dementsprechend behandelt (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 4.4). Nach Abschluss der biomedizinischen Untersuchungen werden Patienten ohne Organbefund oft in eine `Restkategorie` abgeschoben und an einen Psychologen verwiesen: „Am Ende der medizinischen Odyssee kommt üblicherweise die psychologische Diagnostik. Zuständig sind Psychologen vor allem dann, wenn Befunde fehlen: `Der hat nicht's Körperliches, schauen Sie doch einmal, was mit dem los ist`, ist ein Satz, der noch immer für die Zusammenarbeit zwischen Medizin und Psychologie typisch ist. Die Psychologie spielt so etwas wie den `diagnostischen und therapeutischen Lückenbüßer`“ (Nilges/Gerbershagen 1994: 12).<sup>18</sup>

Kirmayer und Young (1998) machen in diesem Zusammenhang auf eine noch immer vorherrschende Dichotomisierung aufmerksam:

„[...] [T]he clinical approach to symptoms remains based on a dualistic concept of the person and continues to be expressed in a sharp contrast between `real` diseases, for which patients are not responsible and to which the various rights and duties of the sick role accrue, and `imaginary` illness, which occupies a gray zone between hysteria, hypochondriasis, histrionic exaggeration, and malingering. Nosological attempts to make clear distinctions among the latter categories do not prevent these patients from being tarred with the same brush“ (1998: 427)

---

<sup>18</sup> Kirchner (2003: 15) nennt deshalb als Kriterien für eine gelungene psychosomatische Zuweisung unter anderem, dass sie „ehestens“ erfolgen soll, „d.h. sobald der Verdacht auf ein psychosomatisches Geschehen auftaucht“ und dass sie „rasch“ erfolgen soll, „ohne alle anderen Befunde abzuwarten (keine Last-minute-tour!)“. Allerdings weisen White und Mooney (1997: 329) auch auf ein Problem der Psychotherapie bei psychosomatischen Patienten hin: „If he or she then overcomes the stigma and receives psychiatric intervention, they may be told that there is „no formal mental illness present“. The patient and general practitioner are back to where they started, with no adequate explanation, diagnosis, or treatment“.

## 2.3 Probleme in der Arzt-Patient-Interaktion mit somatoformen Patienten

Patienten mit somatoformen Störungen gelten oft als schwierige und untherapierbare Patienten (vgl. Escobar et al. 1987; Reid et al. 2001), und ihre Beziehung zu den behandelnden Ärzten gilt per definitionem als gestört<sup>19</sup> (Dilling et al. 2005). Die Patienten sind häufig von einer körperlichen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.1) und fordern daher trotz wiederholt negativer Organbefunde medizinische Untersuchungen ein und weigern sich, psychosoziale Zusammenhänge und Ursachen ihrer Beschwerden anzuerkennen bzw. diese zu diskutieren<sup>20</sup> (vgl. Dilling et al. 2005; Goldberg/Bridges 1988). Sie fühlen sich aufgrund der wiederholten negativen Befunde oftmals nicht von ihrem Arzt verstanden oder bezweifeln dessen Kompetenz, so dass es nicht selten zu einem extensiven `doctor-(s)hopping´ kommt (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.6; Katon et al. 1991). Auch befürchten viele der Patienten, von ihrem Arzt als Simulanten oder Hypochonder eingestuft oder als `psychisch krank´ stigmatisiert zu werden (vgl. Nettleton et al. 2005; Salmon et al. 1999; Werner/Malterud 2003; Werner et al. 2004), so dass die Interaktion mit somatoformen Störungen oft auch als ein „Kampf um die Legitimität der Beschwerden“ (Henningsen/Priebe 1999) bezeichnet werden kann.

Die Ärzte fühlen sich oft machtlos (vgl. Wileman et al. 2002) oder sie fühlen sich von den Patienten kontrolliert (Salmon et al. 2004). Einige Ärzte vermuten nach einem fehlenden Nachweis organischer Erklärungen, dass der Patient simuliert oder ihn belästigen will (vgl. Henningsen et al. 2002: 9). Ärzte entwickeln in der Interaktion mit somatoformen Patienten oft Frustration, da sie das Gefühl haben, dass sie nicht an das „wahre“ Problem der Patienten herankommen (vgl. Woivilain et al. 2004: 200). Obwohl viele Ärzte überzeugt davon sind, dass sich die Beschwerden der Patienten, zumindest zum Teil, auf psychosoziale Ursachen zurückführen lassen, lassen sie sich oft auf somatische Erklärungen der Patienten ein und leiten organmedizinische Untersuchungen ein oder initiieren diese sogar (vgl. Salmon et al. 1999: 373; Salmon et al. 2004: 259). Zum einen lassen sich die wiederholt durchgeführten Untersuchungen auf die Angst der Ärzte zurückführen, eine körperliche Erkrankung zu übersehen (vgl. Woivalin et al. 2004: 201), auch im Hinblick auf eine zunehmende Anzahl von Klagen gegen Ärzte (vgl. Reid et al. 2001: 521). Zum anderen führen Ärzte auch deshalb trotz negativer Organbefunde medizinische Untersuchungen durch, um die Patienten zu beruhigen oder auch, um eine gute Arzt-Patienten-

---

<sup>19</sup> Beziehungsstörungen sind sowohl Symptom als auch Ursache und aufrechterhaltender Faktor der somatoformen Störungen (vgl. Feeney/Ryan 1994; Egle 2001).

<sup>20</sup> Allerdings haben verschiedene Studien zu Kausalattributionen von somatoformen Patienten ergeben, dass viele Patienten über ein differenziertes Krankheitskonzept verfügen, das neben somatischen auch psychische und soziale Ursachen zulässt (vgl. dazu Kapitel 6.1)

Beziehung aufrechtzuerhalten (vgl. Woivalin et al. 2004: 201). Diese ausführlichen und zum Teil sehr kostenintensiven Untersuchungen können ihrerseits allerdings zu einer Chronifizierung der Beschwerden und einer `somatischen Fixierung` der Patienten beitragen, die letztendlich kontraproduktiv ist und den Betroffenen unnötig belastet (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 4).

Im Gegensatz zu den oben genannten Quellen zeigen einige Studien, dass Patienten mit somatoformen Störungen von sich aus nicht überdurchschnittlich häufig nach somatischen Interventionen verlangen, und dass sie, sogar häufiger als Patienten mit medizinisch erklärbaren Symptomen, psychologische Hilfe und emotionale Unterstützung von ihrem Hausarzt einfordern (vgl. Dowrick et al. 2004; Ring et al. 2004; Salmon et al. 2004). Viele Ärzte ignorieren diese Hinweise auf psychosoziale Belastungen allerdings (vgl. Ring et al. 2005; Salmon et al. 2004) und zeigen gegenüber somatoformen Patienten weniger Verständnis und Empathie als gegenüber Patienten mit medizinisch erklärbaren Symptomen (vgl. Epstein et al. 2006). Dies kann dazu führen, dass somatische Interventionen eingeleitet werden, obwohl Patienten Hinweise auf psychosoziale Belastungen gegeben haben (vgl. Ring et al. 2005; Salmon et al. 2004). Erhalten die Patienten allerdings die Möglichkeit, ausführlicher über ihre psychosozialen Belastungen zu sprechen, verringert sich die Wahrscheinlichkeit von organmedizinischen Untersuchungen und Interventionen (vgl. Salmon et al. 2006; Salmon et al. 2007).

Studien zeigen, dass Ärzte und Patienten mit somatoformen Patienten auf unterschiedlichen Ebenen miteinander kommunizieren: Während die Ärzte sich oftmals auf Befunde und Testergebnisse berufen, fordern die Patienten die Autorität über den Zugang zu ihrem eigenen Körperempfinden und ihren Beschwerden ein (vgl. Kenny 2004; Rhodes et al. 1999) und sehen sich als Experten ihrer Erkrankung (vgl. Marchant-Haycox/Salmon 1997; Peters et al. 1997; Salmon 2000; Salmon/May 1995).

## 2.4 Perspektive der psychosomatischen Medizin

Die psychosomatische Medizin kann aufgrund ihrer ganzheitlichen, sowohl physische als auch psychische und psychosoziale Aspekte umfassenden, Ausrichtung, plausible Erklärungsmodelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Störungen entwickeln. Bevor näher auf das Verständnis der somatoformen Störungen innerhalb der Psychosomatik eingegangen wird, sollen zunächst die Grundannahmen der psychosomatischen Medizin erläutert werden.

Die psychosomatische Medizin kann als Gegenmodell zur Biomedizin gesehen werden. Medizingeschichtlich betrachtet ist sie „als Antithese gegenüber einer organzentrierten Krankheits-

auffassung und einer naturwissenschaftlich denkenden Heilkunde und Therapie aufgetreten“ (Bräutigam et al. 1997: 14). Die Psychosomatik gilt als die Medizinform, durch die das Subjekt in die Medizin eingeführt wurde. In der psychosomatischen Medizin wird die cartesianische Trennung von Geist und Körper überwunden. Man geht davon aus, dass die Erkrankung eines Menschen immer durch körperliche, psychische und soziale Anteile bedingt ist (vgl. Bräutigam et al. 1997; Uexküll/Wesiak 1996). Engel (1977) hat den Begriff der bio-psycho-sozialen Medizin geprägt, den er dem Ausdruck `psychosomatisch` vorzieht, unter anderem mit der Begründung, dass er letzteren als „vestige of dualism“ (ibid.: 134) ansieht. Bock (1993: 51) macht darauf aufmerksam, dass das Subjekt bereits vor Etablierung der Psychosomatik Gegenstand der Medizin war, dass aber die Psychosomatiker den Begriff dadurch erweitert haben, „dass darin nicht nur die Person selbst, sondern auch ihr Handeln und alle ihre Beziehungen zu ihrer Umwelt, ihre individuelle „Wirklichkeit“, enthalten ist“ (ibid.: 52).

Die frühe Psychosomatik geht auf Freud und sein psychoanalytisch inspiriertes Konversionsmodell zurück<sup>21</sup>, das dieser in Bezug auf die hysterische Symptombildung als „*Sprung* aus dem Seelischen in die somatische Innervation“ bezeichnet hat (Freud 1999, Bd. VII: 382). In Anlehnung an Freud und Breuers Theorie der hysterischen Konversion (vgl. Freud/Breuer 1991) wurden Modelle entwickelt, die eine spezifische `Organsprache` annehmen (vgl. z.B. Weiss/English 1943), wie z.B. Brechdurchfall als der Versuch, sich von Schuldgefühlen oder diese verursachenden Gedanken zu befreien. Andere Autoren sahen nicht so sehr einzelne Emotionen oder Konflikte als Ursache für bestimmte körperliche Erkrankungen, sondern nahmen bestimmte Persönlichkeitstypen oder – profile an, die mit spezifischen psychosomatischen Störungen korrelieren (vgl. z.B. Dunbar 1948). Sowohl die Konversionsstörung als auch die später entwickelten Modelle arbeiten mit psychogenen Ursachenzuschreibungen, d.h., es wird davon ausgegangen, dass es eine lineare, kausale Beziehung von bestimmten psychologischen Faktoren und spezifischen somatischen Symptomen oder strukturellen Veränderungen gibt (vgl. Helman 1988: 97). In der heutigen psychosomatischen Medizin stimmt man allerdings weitgehend darin überein, dass ein solcher Konversionsbegriff als Erklärungsprinzip für psychosomatische Störungen nicht ausreicht bzw. nur auf eine bestimmte Gruppe symbolisch determinierter Symptombildungen anwendbar ist (vgl. Bräutigam et al. 1997: 49). So üben beispielsweise zwei der bekanntesten Vertreter der Psychosomatik, Thure von Uexküll und Wolfgang Wesiak, in ihrer „Theorie der Humanmedizin“ (Uexküll/Wesiak 1996) sowohl Kritik an der Biomedizin als auch an einem einseitigen psychoanalytischen Erklärungsmodell, da, wie

---

<sup>21</sup> Allerdings existiert das so genannte `Leib-Seele-Problem` nicht erst seit Freud, sondern ist bereits ein altes philosophisches Problem, das auch schon von Platon und anderen diskutiert wurde (vgl. Bock 1993; Bräutigam et al. 1992: 5).

Brütigam et al. (1997: 73) es formulieren, „eine fast seelenlose Körpermedizin mit Hilfe einer weitgehend körperlosen Seelenmedizin“ nicht zu korrigieren sei. Die Autoren (ibid:15) machen deutlich, dass die moderne Psychosomatik ein integratives und multifaktorielles Verständnis von Pathogenese hat: Heterogene Einflüsse wie körperliche und seelische Faktoren, genetische und Umwelteinflüsse, physiologische, psychologische und soziologische Parameter „treten in eine Wechselwirkung und in ein Ergänzungsverhältnis“<sup>22</sup>.

Krankheit bedeutet in der Psychosomatik eine „Störung komplexer Regulationsvorgänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen“ (Lalouschek 2005: 20). Mit diesem multifaktoriellen Krankheitsverständnis kann das Paradoxon aufgelöst werden, dass ein Mensch körperliche Symptome ohne medizinische Befunde haben kann, also ohne Befunde, die auf organische Erkrankungen oder physiologische Funktionsstörungen hinweisen (vgl. ibid: 21). Ein solch integrativer Ansatz erlaubt auch die Entwicklung plausibler Erklärungsmodelle für die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen<sup>23</sup>. Dabei wird die Entstehung der Störungen heute als ein „komplexer, multifaktorieller Prozess angesehen, in dem psychodynamische, lerntheoretische, familiendynamische, systemische, soziologische, psychophysiologische, neurobiologische und genetische Aspekte ineinandergreifen“ (Scheidt 2002: 111; vgl. Kriebel et al. 1996). Momentan werden u.a. die folgenden Gesichtspunkte als relevant eingeschätzt (vgl. Scheidt 2002):

- Beeinträchtigung der Affektwahrnehmung:

Einige Autoren nehmen die Beeinträchtigung der Affektwahrnehmung als zentralen Faktor von Somatisierungsstörungen an. Es gibt Studien, die darauf hinweisen, dass Patienten mit somatoformen Beschwerden Affekte weniger wahrnehmen und ausdrücken können als Vergleichsgruppen körperlich Kranker (vgl. Bach/Bach 1996).

---

<sup>22</sup> Es wird allerdings von verschiedenen Seiten darauf aufmerksam gemacht, dass die Psychosomatik trotz ihres multifaktoriellen Ansatzes immer noch einem dualistischen Denkmodell unterworfen ist. So äußert sich z.B. Helman (1988: 96) folgendermaßen: „[...] the very term „psychosomatic“ connotes an assumption that there exist 2 classes of phenomena, i.e., psychic (mental) and somatic, which require separate methods of observation and distinct languages for their description“ (vgl. Lipowsky 1968). Auch Scheper-Hughes und Lock (1987:10) machen auf die in der Psychosomatik durchschlagende cartesianische Trennung von Körper und Seele aufmerksam und verweisen darauf, dass sogar diejenigen, die sich um eine integrative Perspektive bemühen „find themselves trapped by the Cartesian legacy. We lack a precise vocabulary with which to deal with mind-body-society-interaction and so are left suspended in hyphens.“

<sup>23</sup> Eine umfassende Darstellung der unterschiedlichen Modelle und Konzepte für die Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die Darstellung in diesem Kapitel bezieht sich weitestgehend auf Scheidt (2002).

- Erhöhte physiologische Reaktionsbereitschaft

Es ist anzunehmen, dass Patienten mit somatoformen Störungen verstärkt physiologisch reagieren (vgl. Ehlert et al. 1994; Shaw 1996), und dass sie körperliche Signale intensiver wahrnehmen und als Zeichen einer Erkrankung fehl interpretieren (vgl. Pennebaker 1992).

- Traumatisierung und Kindheitsbelastungsfaktoren

Gerade bei Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen gibt es Hinweise, dass diese als Kinder körperlicher Misshandlung, sexuellem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung ausgesetzt waren. Andere Studien deuten darauf hin, dass chronische Erkrankungen von Eltern und Geschwistern in der Kindheit und Jugend Krankheitsmodelle fördern, die einen Einfluss auf die Lokalisation der Beschwerden und die Symptomwahl haben (vgl. Egle/Nickel 1998).

- Bindungstheoretische Aspekte

Aufgrund von Misshandlung, Vernachlässigung oder Zurückweisung entwickeln sich oft unsichere zwischenmenschliche Bindungsmuster. Eine Untersuchung zur Bindungsorganisation bei somatoformen Störungen ergab, dass Patienten mit somatoformen Störungen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe vermehrt unsicher vermeidende Bindungsmuster aufweisen (vgl. Waller/Scheidt 2002).

- Kognitive Fehlbewertung

Die somatischen subjektiven Krankheitsvorstellungen gehen nicht selten, wie oben bereits erwähnt, auf Fehlbewertungen körperlicher Empfindungen zurück. Die Patienten haben oft eine zu geringe Toleranz für normale körperliche Befindlichkeitsschwankungen und stellen eine hohe Erwartung an die Wirkung einer medizinischen Behandlung (vgl. Rief/Hiller 1998).

Als ein (weiterer) aufrechterhaltender Faktor der somatoformen Störungen wird das Verhalten der behandelnden Ärzte gesehen (vgl. Page/Wessely 2003). Obwohl viele Ärzte die Beschwerden ihrer Patienten zumindest teilweise auf psychosoziale Belastungen zurückführen und die Patienten oft auch Hinweise auf solche Belastungen geben, initiieren viele Ärzte oft weitere organmedizinische Untersuchungen (vgl. Ring et al. 2005; Salmon et al. 2004) und tragen damit zu einer Chronifizierung der Beschwerden bei (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 4)<sup>24</sup>.

---

<sup>24</sup> Vgl. dazu auch Kapitel 2.3

## 2.5 Zur psychotherapeutischen Behandlung von somatoformen Störungen

Obwohl gerade die ersten psychotherapeutischen Erfolge bei somatoformen Störungen erzielt wurden<sup>25</sup> und die Psychotherapie inzwischen als die Behandlungsmethode der Wahl gilt (vgl. Bleichhardt/Hiller 2007: 99), sind Patienten, die an somatoformen Störungen leiden, nur schwer für eine weiterführende Psychotherapie zu gewinnen. Allerdings hat es in den letzten Jahren Fortschritte in der Behandlung von somatoformen Patienten gegeben, und es wurden sowohl verhaltenstherapeutische als auch psychodynamisch orientierte Behandlungskonzepte entwickelt (vgl. Creed/Guthrie 1993; Nickel/Egle 1999; Scheidt 2002; Sharpe et al. 1992).

In diesem Kapitel werden exemplarisch die Therapiekonzepte von Creed/Guthrie (1993) und Scheidt (2002) vorgestellt.

Creed und Guthrie (1993) haben einen Leitfaden für das Erstgespräch mit an somatoformen Störungen leidenden Patienten und Liaison-Psychologen entwickelt. Die Autoren weisen darauf hin, dass es wichtig sei, anzuerkennen, dass es verschiedene Typen von 'Somatisierern' gibt, die mit unterschiedlichen Konzepten behandelt werden müssen. So gibt es beispielsweise Patienten, die offen für eine psychologische Erklärung ihrer Erkrankung sind, während andere solche Erklärungen rigoros zurückweisen. Den Psychologen wird empfohlen, besonders empfänglich für die verbalen und non-verbalen Hinweise der Patienten zu sein, da gerade bei Patienten mit somatoformen Störungen oft wichtige Anzeichen auf Depressionen, Angststörungen etc. übersehen werden, da sie ihre Affekte nicht offen zeigen. Creed und Guthrie warnen davor, den Patienten unangemessene psychologische Deutungen anzubieten, da dies die Patienten abschrecken oder auch ihr Selbstwertgefühl beschädigen kann. Sie nennen drei Verfahren für die Arbeit mit somatoformen Patienten: Fragen stellen (vor allem zur Krankheitsgeschichte), empathische Rückmeldungen geben und Erklärungen zum Krankheitsbild anbieten (vor allem eine Verbindung von psychologischen und somatischen Faktoren herstellen). Creed und Guthrie nennen drei verschiedene therapeutische Ansätze, die für verschiedene „Patiententypen“ eingesetzt werden können: den Reattributionsansatz, den psychotherapeutischen Ansatz und den direktiven Ansatz. Der Reattributionsansatz wurde von Goldberg et al. (1989) für die Allgemeinarztpraxis entwickelt und soll den Patienten in drei Stufen zu einem stärker psychosomatisch orientierten Krankheitsverständnis führen<sup>26</sup>. Creed und Guthrie empfehlen diesen Ansatz für

---

<sup>25</sup> So behandelte z.B. Jean-Martin Charcot im 19. Jahrhundert mit Hypnosetechniken erfolgreich Patienten, die an einem posttraumatischen Stresssymptom litten. Auch die Patienten, die in der Weiterentwicklung der Hypnose von Josef Breuer und Sigmund Freud psychoanalytisch behandelt wurden, litten an nicht organisch bedingten Körperbeschwerden (vgl. Wirsching 2003: 10).

<sup>26</sup> Dieses Reattributionsmodell liegt in auch dem Therapiekonzept der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen“ zugrunde. Vgl. dazu Kapitel 5.1.

Patienten, die ein psychologisches Verständnis haben und deren Symptome schwach sind und noch nicht lange andauern. Die Patienten sollen bereits in der ersten Sitzung für eine psychologische Erklärung ihrer Krankheit gewonnen werden. In einem ersten Schritt soll der Arzt den Patienten zu psychologischen Faktoren seiner Erkrankung und nach seiner Gesundheitseinstellung befragen (diesen Schritt bezeichnen Goldberg et al. als „feeling understood“, vgl. *ibid.* 1989: 690). Anschließend soll der Arzt die Agenda erweitern, indem er einerseits die Realität der Symptome, aber auch die Realität von psychologischen Stressfaktoren im Leben des Patienten anerkennt („changing the agenda“, vgl. *ibid.*: 692). Wenn der Patient positiv auf diesen Schritt reagiert, wird dem Arzt empfohlen, einen Schritt weiterzugehen und eine offene Verbindung von psychologischen und physischen Faktoren herzustellen („making the link“, vgl. *ibid.*: 693).

Den psychotherapeutischen Ansatz, der von Guthrie (1991) entwickelt wurde, bezeichnen die Autoren als subtiler und intensiver als den Reattributionsansatz (vgl. Creed/Guthrie 1993: 470). Die Patienten müssen für diesen Ansatz nicht unbedingt bereits ein psychologisches Verständnis ihrer Beschwerden haben, er ist allerdings ungeeignet für Patienten, die eine solche Erklärung ablehnen. Das Ziel dieses Ansatzes ist es, eine enge Beziehung zu dem Patienten aufzubauen, mit dem Langzeitziel, den Patienten für eine psychologische Erklärung seiner Beschwerden zu gewinnen. Der Patient soll bereits zu Anfang des Gesprächs dazu aufgefordert werden, mögliche Ängste zu artikulieren, die er eventuell aufgrund seines Besuches bei einem Psychologen hat. Dem Patienten soll ein breiter Raum für die Schilderung seiner Beschwerden eingeräumt werden. Diese Schilderungen können auch Einblicke in die „emotionale Welt“ des Patienten gewähren. Den behandelnden Therapeuten wird ausdrücklich empfohlen, sehr subtil vorzugehen und das Leiden des Patienten anzuerkennen ohne dabei eine Distanzierung oder einen Gesichtsverlust des Patienten zu provozieren. Vorsichtige Verbindungen von psychologischen und somatischen Faktoren dürfen gezogen werden, allerdings sollte dies erst geschehen, nachdem eine starke Behandlungsallianz etabliert wurde.

Der direktive Ansatz eignet sich für alle `Patiententypen`, ist aber besonders für die Patienten geeignet, die ein psychologisches Erklärungsmodell ihrer Beschwerden ablehnen. Der Psychologe präsentiert sich als Experte in der Schmerzkontrolle und Symptombewältigung (vgl. Benjamin 1989) und kann somit eine Diskussion über psychologische Belange vermeiden. Den Patienten wird ausreichend Raum geboten, um ihre Symptome und bisherigen Erfahrungen mit Ärzten zu schildern. Die Patienten werden so behandelt, als hätten sie ein somatisches Problem. So wird z.B. Patienten mit chronischem Müdigkeitssyndrom empfohlen, ihre körperliche Stär-

ke aufzubauen und Körperübungen durchzuführen, um ihre Müdigkeit zu reduzieren (vgl. Wessely et al.: 1989).

Die von Scheidt (2002) entwickelte „störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie“ ist als ambulante Therapie konzipiert und auf 25 Stunden beschränkt, wobei im Anschluss eine längerfristige Therapie möglich ist. Scheidt schlägt einen Behandlungsansatz vor, der unterschiedliche psychotherapeutische Orientierungen und Richtungen miteinander verbindet. Der Grundgedanke dieser psychotherapeutischen Intervention ist es, dass die Behandlung somatoformer Störungen verbessert werden kann, wenn das Behandlungskonzept therapeutische Komponenten kombiniert, die auf die unterschiedlichen krankheitsauslösenden und -aufrechterhaltenden Bedingungen Einfluss nehmen<sup>27</sup>. Wie Creed und Guthrie (1993) weist auch Scheidt auf die unterschiedlichen Einstellungen der Patienten zu ihrer Erkrankung hin: Einige Patienten bieten von sich aus relativ schnell an, über interpersonelle oder intrapsychische Konflikte zu sprechen, andere hingegen halten sich lange damit auf, ihre körperliche Symptomatik zu schildern und stehen der Thematisierung interpersoneller Probleme ablehnend gegenüber. In der Arbeit mit den `ablehnenden´ Patienten empfiehlt der Autor, die Behandlungsziele ausführlich zu diskutieren und eventuell auch die Furcht vor einer durch die Therapie provozierten Veränderung positiv zu konnotieren. Scheidt unterteilt sein Konzept in vier Behandlungsphasen: die Vorbereitung, die Eröffnung und Einleitung (1.-6. Sitzung), die Hauptphase (7.-22. Sitzung) und den Abschluss (23.-25. Sitzung).

In der Vorbereitungsphase sollen die Patienten unter anderem für die Psychotherapie motiviert werden, die Diagnostik soll vervollständigt werden, der Patient soll über das der Behandlung zugrunde liegende Verständnis der Störung aufgeklärt werden (z.B. Einflüsse affektiver Prozesse auf die Entstehung der Erkrankung oder Modelle einer erhöhten psychophysiologischen Reaktionsbereitschaft). In einem Therapievertrag sollen diese (und zusätzliche) Punkte festgesetzt werden.

In der Eröffnungs- und Einleitungsphase wird an einer tragfähigen Arbeitsbeziehung gearbeitet, die Patienten sollen außerdem körperlich reaktiviert werden, sie sollen lernen, aktive Bewältigungsstrategien aufzubauen, der Therapeut soll ihnen Informationen über physiologische Zusammenhänge der Symptomentstehung vermitteln, die Entspannungsfähigkeit des Patienten fördern sowie erste Schritte der Verknüpfung der körperlichen Symptome mit dem affektiven und interpersonellen Kontext einleiten. Zusätzlich kann der Patient ein so genanntes Beschwerdetagebuch führen, mit dem Verhaltensmuster dokumentiert werden können, die zu unphysiologischen Belastungen und Konflikten führen können.

---

<sup>27</sup> Zu den verschiedenen pathogenetischen Faktoren und Einflüssen der somatoformen Störungen vgl. Kapitel 2.4.

Das Ziel der Hauptphase besteht darin, die körperlichen Symptome zunehmend mit interpersonellen und intrapsychischen Konflikten zu verknüpfen. Auch soll die Wahrnehmung von Emotionen und ihre Verknüpfung mit interpersonellen Erfahrungen verbessert werden.

Zwischen der sechsten und der neunten Sitzung erfolgt eine Evaluation des Behandlungsverlaufs, und es werden die Ziele für den zweiten Behandlungsschritt vereinbart. Wenn der Patient auch nach acht Sitzungen an einer ausschließlich somatischen Krankheitstheorie festhält, kann ein Ergebnis der gemeinsamen Evaluation sein, die restlichen Stunden weiterhin der körperlichen Symptomatik des Patienten zu widmen. In den meisten Fällen existieren allerdings ausreichend Ansatzpunkte, die eine Verknüpfung der körperlichen Symptome mit interpersonellen Problemen ermöglichen, so dass es Ziel der nachfolgenden Gespräche sein sollte, diese Themen näher einzugrenzen.

Das Kernstück der therapeutischen Arbeit in der Hauptphase der Behandlung besteht in den Deutungen. Die Deutungen zielen darauf ab, die Symptome mit einer interpersonellen Bedeutung zu verknüpfen, sie stellen den „aktiven interventiven Beitrag des Therapeuten zur „Repsychisierung“ und zur Reformulierung der somatoformen Symptomatik in der Sprache der Lebensgeschichte dar“ (Scheidt 2002: 119). Deutungen können, wenn sie zum falschen Zeitpunkt angebracht werden, zu einer Belastung der therapeutischen Beziehung werden, und auch ein Zuviel von Deutungen kann unwirksam oder sogar schädlich sein, wenn der Patient für die darin enthaltenen Verbindungen nicht bereit ist. In der Hauptphase ist es wichtig, die unterstützende psychotherapeutische Beziehung aufrechtzuerhalten und nicht nur Deutungen anzubringen, sondern auch das ‚Gegenstück‘ der Deutungen (ibid.: 121), das so genannte Containing (oder Containing-Funktion), zu beachten, das darauf abzielt, auf die Affekte des Patienten zu achten, diese in den aktuellen Kontext einzubringen und generell eine „wohlwollende Atmosphäre des Verstehens“ (ibid.:120) aufrechtzuerhalten.

In bestimmten Fällen kann es auch angezeigt sein, systemische Interventionen einzusetzen, also, das familiäre Umfeld des Patienten in die Behandlung einzubinden.

In der Beendigungsphase soll eine Bilanz des Therapieverlaufs gezogen werden, und es sollen offen gebliebene Themen und eine mögliche weitere Behandlung angesprochen werden.

### 3. Forschungsüberblick zur psychotherapeutischen Interaktion

Im Folgenden soll ein Überblick über relevante linguistische bzw. interaktionsanalytisch orientierte Arbeiten über psychotherapeutische Interaktion gegeben werden. Es werden zunächst die Pionierarbeiten der 1960er und -70er Jahre vorgestellt, bevor auf neuere Untersuchungen eingegangen wird. Neben den Arbeiten zur psychotherapeutischen Interaktion existieren unter anderem auch Untersuchungen zu verwandten Gebieten wie zur psychologischen Bewertung (vgl. Antaki/Rapley 1996), zu telefonischen Notrufstellen (vgl. Pudlinski 2003) und zu Beratungsgesprächen (vgl. Peräkylä 1995; Silverman 1997), auf die hier nicht eingegangen wird.

Psychotherapeutische Interaktion stellt erst seit Ende der 1990er Jahre ein zunehmend eigenständiges Forschungsgebiet dar. Die aktuell relevanten Arbeiten zu psychotherapeutischer Interaktion (und zu medizinischer Kommunikation allgemein) stammen hauptsächlich aus dem angelsächsischen Raum und aus Finnland. Die Untersuchungen in diesem Bereich beschränken sich bisher hauptsächlich auf Einzelsitzungen mit nur einem Patienten. Daneben existieren Arbeiten zu Paartherapien (vgl. Edwards 1995) und Familientherapien (vgl. Gale 1991). Anders als für die Untersuchungen zur medizinischen Kommunikation liegen für die Untersuchungen zur psychotherapeutischen Interaktion noch keine übergreifenden Studien vor, es wurden hauptsächlich spezifische Einzelphänomene herausgearbeitet (vgl. Peräkylä et al. 2008: 21f.). Viele der Daten basieren auf psychoanalytischen Gesprächen (vgl. Antaki et al. 2004). Systematische Vergleichsuntersuchungen der unterschiedlichen Therapiemethoden stehen bisher noch aus (vgl. Peräkylä 2004).

Eine der ersten interaktionsanalytisch orientierten Arbeiten in einem psychotherapeutischen Setting ist auch eine der ersten Arbeiten überhaupt, die sich mit einem in einer `natürlichen' Aufnahmesituation entstandenen Gespräch beschäftigt<sup>28</sup> (vgl. Spranz-Fogasy/Deppermann o.J.). Die 1960 veröffentlichte Untersuchung „The First Five Minutes“ von Pittenger, Hockett und Danehy, die sich wiederum auf Untersuchungen von McQuown (1957) stützt, untersucht anhand einer kurzen Gesprächspassage zwischen Psychiater und Patientin, wie therapiespezifische Prozesse wie z.B. Übertragung oder Widerstand durch Sprache vermittelt werden. Die Autoren nehmen bereits einige Fragestellungen vorweg, die 1977 von Labov und Fanshel aufgegriffen werden. Labov und Fanshel (1977) analysieren mithilfe einer von ihnen selbst konzipierten Diskursanalyse fünfzehn Minuten eines Gesprächs mit einer magersüchtigen Patientin

---

<sup>28</sup> Diese Arbeit entstand bereits vor Begründung der Konversationsanalyse durch Harvey Sacks und verfolgt auch andere Ziele als diese, sie ist aber in ihrem methodischen Vorgehen, einer qualitativen Auswertung einer sehr genauen Transkription, zunächst einmal ganz grundsätzlich mit der konversationsanalytischen Methode vergleichbar (und wird deshalb in diesen Überblick mit aufgenommen). Zu einer kurzen kritischen Betrachtung der Analyseziele und der tatsächlich vorgenommenen Analyse vgl. Streeck (1989).

und entwickeln anhand der Gesprächspassage ein verallgemeinerbares Kommunikationsmodell (comprehensive discourse analysis). Obwohl Labov und Fanshel die tatsächlich stattfindenden Interaktionsabläufe (aus konversationsanalytischer Perspektive) zu wenig in ihre Analysen einbeziehen und ihre Methode insgesamt kaum rezipiert wurde, war ihre Arbeit ein wichtiger Impulsgeber für nachfolgende Untersuchungen `natürlicher' Gespräche und speziell für Analyse psychotherapeutischer Interaktion.

Konversationsanalytische Arbeiten zeigen, dass die Mikrostruktur der Problemformulierung in einem psychotherapeutischen Gespräch analytisch als (expandierbarer) sequentieller Dreischritt konzeptualisiert werden kann (vgl. Buttny 1996): Zunächst formuliert der Therapeut, aufbauend auf den Schilderungen des Patienten, das bearbeitungswürdige Problem. Die Problemformulierung (in Form einer Zuschreibung oder Empfehlung) macht eine (zustimmende oder ablehnende) Antwort des Patienten relevant. Der Therapeut bewertet dann in einem `third-turn' die Antwort des Patienten oder führt sie weiter aus. Kindt (1984: 740) hat allerdings festgestellt, dass solche minimalen Sequenzen oft weiter bearbeitet und ausgehandelt werden. Therapeuten und Patienten beharren oftmals auf ihren Standpunkten und wiederholen, paraphrasieren oder präzisieren ihre Äußerungen (vgl. *ibid.*). Auch Vehviläinen (2008) zeigt, dass sich längere Aushandlungsprozesse entwickeln können, wenn Perspektivendivergenzen zwischen Therapeuten und Patienten bestehen. Sie untersucht, wie psychoanalytische Therapeuten mit dem interaktionellen (und in diesen Fällen auch potentiell psychoanalytisch definierten) Widerstand der Patienten umgehen. Therapeuten beziehen sich oft explizit auf Widerstandsäußerungen oder auch -handlungen der Patienten und fokussieren sie im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation. Sie können den Widerstand der Patienten nutzen, um eine Art `Rätsel' zu kreieren, das einen Deutungsverlauf (`interpretative trajectory') (vgl. Vehviläinen 2003) auslöst: Die Therapeuten stellen zunächst Aspekte von vorangegangenen Patientenäußerungen als rätselhaft oder erklärungsunwürdig dar, die in der sich anschließenden Deutung gelöst bzw. erklärt werden (können). Die von den Therapeuten formulierten `Rätsel' lösen oft Diskussionen und Verteidigungspraktiken der Patienten aus. Diese Patientenreaktionen ihrerseits können zu erneuten Fokussierungen und `Rätseln' von Seiten der Therapeuten führen, was wiederum zu einem Verteidigungsverhalten der Patienten führen kann, so dass sich letztendlich längere konfrontative Sequenzen ergeben können. Antaki et al. (2004) untersuchen ebenfalls Sequenzen, in denen es zu keiner Übereinstimmung von dem von der Patientin formulierten Problem kommt. Sie demonstrieren, wie Therapeuten ihre professionelle Agenda im Gespräch durchzusetzen versuchen. Die Patienten sind mit der Durchsetzung der Agenda allerdings nicht in jedem Fall einverstanden. Patienten können durchaus ein abweichendes Verständnis vom Therapieablauf ha-

ben bzw. im aktuellen Gesprächsverlauf von der Therapeutenagenda abweichende Präferenzen entwickeln und diese auch durchsetzen. In der konkreten Analyse wird deutlich, dass Patientin und Therapeutin einen, wenn auch subtilen, Konflikt darüber austragen, was das aktuell formulierte Problem der Patientin tatsächlich ist und zu welchem Zeitpunkt es bearbeitet werden soll. Ein großer Teil der Untersuchungen zur psychotherapeutischen Interaktion beschäftigt sich mit Formulierungen. Dabei wird nicht auf den allgemeinen Formulieringsbegriff von Garfinkel/Sacks (1976), sondern auf den Formulieringsbegriff von Heritage/Watson (1979) zurückgegriffen. Heritage und Watson beziehen sich nicht wie Garfinkel und Sacks auf Formulierungen, mit denen die Unterhaltung metadiskursiv kommentiert wird, z.B., um das bisherige Gespräch zusammenzufassen oder zu erklären, sondern auf solche sprachlichen Aktivitäten, mit denen Interaktanten dem Gegenüber anzeigen, wie sie dessen Äußerung verstanden haben.

Die erste konversationsanalytisch orientierte Arbeit von Davis zu psychotherapeutischen Formulierungen<sup>29</sup> stammt bereits aus dem Jahr 1986. An Davis' Analysen wurde (zumindest bis in die 1990er Jahre) nicht direkt angeknüpft, in aktuellen Arbeiten werden ihre Untersuchungen jedoch des Öfteren zitiert. Davis zeigt anhand einer therapeutischen Sitzung, wie die (Re)formulierungen der Patientenäußerungen durch den Therapeuten die von der Patientin formulierten Alltagsprobleme prozessartig zu einem therapielevanten Problem machen und damit eine Transformation der Patientenversion auslösen bzw. darstellen. Davis unterteilt diesen Transformationsprozess in drei Phasen: die Definition des Problems, die Dokumentation des Problems und die Organisation der Zustimmung der Patientin. Jede dieser Phasen ist durch Formulierungen des Therapeuten geprägt. In der ersten Phase wählt der Therapeut aus den Schilderungen der Patientin ein Problem aus und etabliert es als ein therapiewürdiges Problem, das im Verlauf der Sitzung als 'first topic' weiter bearbeitet wird. In der zweiten Phase sammelt der Therapeut Evidenzen für das Problem. Durch den Einsatz von Formulierungen wählt er spezifische Aspekte aus den Schilderungen der Patientin aus und bezieht sie auf das von ihm identifizierte Problem der Patientin. Er problematisiert bestimmte Verhaltensweisen der Patientin und zeigt die negativen Konsequenzen dieses Verhaltens sowohl für ihren Alltag als auch für die aktuelle therapeutische Situation auf. Da die Patientin die von dem Therapeuten kon-

---

<sup>29</sup> Garfinkel und Sacks (1976) 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.“ (ibid.: 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). Heritage und Watson (1979) haben den Begriff der Formulierung aufgegriffen und in eine etwas andere Richtung weiterentwickelt, auf die sich die Mehrzahl der neueren Arbeiten zu Formulierungen stützt. Heritage und Watson ging es in ihrem Formulieringsbegriff nicht so sehr um die Explizierung der Unterhaltung an sich, sondern eher darum, wie Interaktanten dem Gegenüber anzeigen, wie sie dessen Äußerung verstanden haben.

struierte Version nicht akzeptiert, kommt es zu einer längeren Aushandlungsphase, in der der Therapeut das von ihm als bearbeitungswürdig empfundene Problem wiederholt thematisiert und die Äußerungen der Patientin in seinem Sinne reformuliert. Da es zu keiner Einigung auf das therapiewürdige Problem kommt, fordert der Therapeut die Patientin am Ende der Sitzung heraus und fragt sie, ob sie bereit ist, weiter an dem von ihm etablierten Problem zu arbeiten. Obwohl die Patientin der Version des Therapeuten nach wie vor skeptisch gegenüber steht, stimmt sie letztendlich zu, das Thema in der folgenden Sitzung weiter zu bearbeiten.

Hak und de Boer (1996) untersuchen Formulierungen in psychotherapeutischen Erstgesprächen. Sie differenzieren zwischen interrogativen medizinischen, explorativen psychiatrischen und kollaborativen psychotherapeutischen Interviewsituationen. Die Autoren zeigen in ihren Analysen, dass Formulierungen im medizinischen und psychiatrischen Kontext im Vergleich zu psychotherapeutischen Gesprächen eine andere (untergeordnete) Rolle spielen. Im interrogativen und im explorativen Kontext sind die Äußerungen der Patienten lediglich Objekt der professionellen Interpretationsarbeit. Im kollaborativen Kontext hingegen hängen die Formulierungen direkt von der aktiven Beteiligung der Patienten ab. In Anlehnung an Heritage und Watson (1979) unterscheiden die Autoren zwischen 'gist'- und 'upshot'-Formulierungen, wobei 'gist formulations' die Äußerungen des vorangegangenen Sprechers zusammenfassen, 'upshot formulations' bereits Implikationen des Sprechers beinhalten. Die 'gist formulations' werten die Autoren nicht als professionelle Verfahren, sie gehören für sie vielmehr zum Diskurs der Patienten. Patienten stimmen solchen Formulierungen gewöhnlich mit qualifizierten Bestätigungen zu. Die 'upshot formulations', die üblicherweise im Anschluss an die 'gist formulations' eingesetzt werden, werten die Autoren als professionell. Zwar wird auch diesen Formulierungen gewöhnlich zugestimmt, in vielen Fällen ist die Zustimmung allerdings minimal und wird daher von den Therapeuten oft als 'Nicht-Nichtbestätigung' ('non-disconfirmation') behandelt. Hak und de Boer zeigen, dass die Patienten bereits in der ersten Sitzung über ein gewisses Maß an Proto-Professionalisierung verfügen: Sie äußern selbst professionelle Formulierungen, die als Resultat des Formulierungseinsatzes der Therapeuten gewertet werden können.

Antaki et al. (2005) stützen sich in ihren Analysen ebenfalls auf die Unterscheidung von 'gist formulations' und 'upshot formulations'. Die Autoren stellen fest, dass Formulierungen meist dann eingesetzt werden, wenn anamnestiche Informationen erhoben werden oder wenn Klärungsbedarf auf Seiten der Therapeuten besteht. Formulierungen werden in der Regel nicht als psychotherapeutische Interventionen (z.B. Deutungen) eingesetzt. Anders als Hak und de Boer (1996) sehen die Autoren beide Formulierungstypen als psychologisierend und institutionell

und damit als professionelle Verfahren an. Antaki et al. zeigen, dass Therapeuten auch vorsichtige Formulierungen (‘discreet formulations’) einsetzen. Als vorsichtig bezeichnen die Autoren Formulierungen dann, wenn sie im Vergleich zu der vorangegangenen Äußerung des Patienten herabstufend sind und brisante oder herausfordernde Aspekte dieser Äußerungen ignorieren. Solche vorsichtigen Formulierungen können auch fehlschlagen, wenn der Patient eine solche herabstufende Lesart aufgreift. Antaki (2008) zeigt anhand von unterschiedlichen Phasen bzw. Dimensionen des psychotherapeutischen Gespräches (Anamnese, Diagnosestellung, Deutung, Interaktionsmanagement), dass Formulierungen immer auch Aspekte der vorangegangenen Patientenäußerung tilgen, auswählen oder transformieren. Er hebt hervor, dass Formulierungen Zustimmung projizieren, zeigt aber auch, dass sie trotz dieser Projektion auch auf Ablehnung und Zurückweisung auf Seiten der Patienten stoßen können.

In ihrer Untersuchung zu psychoanalytischen Deutungen weist Vehviläinen (2003) nach, dass die Deutungsarbeit des Therapeuten vorbereitende konversationelle Verfahren (Erweiterungen, Formulierungen, Konfrontationen) umfasst, die einen ‘Deutungsverlauf’ (‘interpretative trajectory’) im psychotherapeutischen Gespräch konstituieren und auf dem die eigentliche Deutung basiert. Analytiker können einerseits die Rolle eines Beobachters einnehmen, der das vom Patienten zur Verfügung gestellte Material sortiert und aufarbeitet. Zum anderen können sie ein Turn-Design verwenden, das eine Zusammenfassung, Paraphrasierung oder Komplettierung des vom Patienten Gesagten suggeriert. Zu den letztgenannten Aktivitäten rechnet Vehviläinen die Formulierungen und Erweiterungen. Letztere sind von der syntaktischen Struktur des zuvor Gesagten abhängig und können aufgrund ihres elliptischen Charakters nur in Verbindung mit dem vorangegangenen Turn verstanden werden. Formulierungen definiert Vehviläinen in Anlehnung an Heritage und Watson (1979) als Äußerungen, die das Wesentliche oder das Fazit des zuvor Besprochenen zusammenfassen oder paraphrasieren. Mit Konfrontationen können Therapeuten auf das Verhalten des Patienten - z.B. Schweigephasen- abheben und so eine Rechenschaftspflicht einfordern. Die Relevanz einer Deutung kann gesetzt werden, indem der Therapeut eine Art ‘Rätsel’ oder Mysterium kreiert, das durch die Deutung aufgelöst wird. Dieses ‘case building’ ist unter anderem durch die Erweiterungen, Formulierungen und Konfrontationen charakterisiert. Die Deutung organisiert und erklärt jedoch nicht nur das vorangegangene Material des Patienten, sie ruft auch weitere erklärungswürdige Rätsel hervor. Da Deutungen sich immer auf Erlebnisse oder Erfahrungen des Patienten beziehen, können sie als B-event-statements konzeptualisiert werden (vgl. Labov/Fanshel 1977). Peräkylä (2004) analysiert Deutungen, die eine Verbindung von unterschiedlichen Erfahrungsbereichen der Patienten herstellen (z.B. Kindheitserlebnisse und gegenwärtiges Arbeitsleben). Die interaktionelle Arbeit für

den Therapeuten besteht darin, die vorangegangenen Äußerungen des Patienten zu modellieren bzw. zu remodellieren, so dass eine solche Verknüpfung für den Patienten plausibel und überzeugend ist. Peräkylä illustriert dieses Vorgehen anhand der Wortwahl der Therapeuten und der sequentiellen Organisation von Deutungen. Therapeuten können durch die gezielte Wiederholung von Begriffen (*circulation of figures*) eine Verbindung unterschiedlicher Erlebnisse der Patienten herstellen. Sie können diese Begriffe entweder selbst einbringen oder auf Äußerungen der Patienten zurückgreifen. Wie auch Vehviläinen (2003) zeigt Peräkylä, dass Therapeuten ihre Deutungen sequentiell vorbereiten. Exemplarisch untersucht er Bewertungen von Geschichten des Patienten (*story evaluation*) und *third-position*-Kommentare nach einer Patientenantwort (*commentary on the patient's response*), die bestimmte Aspekte der Patientenäußerungen relevant setzen oder refokussieren und so die anschließende Deutung ermöglichen. In ihren Antworten auf psychoanalytische Deutungen greifen die Patienten oft einen von mehreren Aspekten der Deutung auf und entwickeln ihn weiter (vgl. Peräkylä 2005). Peräkylä zeigt, dass Therapeuten nach nur minimalen Zustimmungen der Patienten ihre Deutungen oft umformulieren oder neue Elemente hinzufügen, um eine explizite Antwort bzw. Zustimmung des Patienten zu elizitieren. Diese *multi-unit*-Organisation der Deutungen erlaubt es den Patienten, sich in ihren Antworten auf einen von ihnen ausgewählten Aspekt zu beziehen, diesen zu elaborieren und damit die Deutung von ihrem eigentlichen Zielpunkt wegzuführen.

Bercelli et al. (2008) untersuchen Patientenreaktionen auf mit psychoanalytischen Deutungen verwandte Reinterpretationen (*reinterpretations*). Als Reinterpretationen bezeichnen die Autoren einen Aktivitätstyp, mit dem die Therapeuten die Ereignisse und Erfahrungen der Patienten in ihrer eigenen Version einbringen – und die damit, wie auch die psychoanalytischen Deutungen, *B-event-statements* sind. Reinterpretationen unterscheiden sich von Formulierungen dahingehend, dass Therapeuten den Patienten mit Formulierungen eine Lesart anbieten, die implizit in der Patientenäußerung enthalten war und die sich damit auf die Perspektive des Patienten bezieht. Der Begriff Reinterpretation hingegen bezieht sich auf Äußerungen, die sichtbar von den Patientenäußerungen abweichen und die die Perspektive der Therapeuten in den Fokus rücken. Insofern ähneln Reinterpretationen psychoanalytischen Deutungen. Aufgrund der unterschiedlichen epistemischen Ansprüche sind auch die Patientenreaktionen auf Formulierungen und Reinterpretationen unterschiedlich organisiert. Während Formulierungen Bestätigungen, Ablehnungen oder Reformulierungen relevant machen, folgen auf Reinterpretationen eine Vielzahl von Reaktionen, die grundlegend an den Polen Zustimmung und Ablehnung ausgerichtet werden können. Bercelli et al. ordnen die Patientenreaktionen allerdings nicht streng nach Zustimmung oder Ablehnung, sondern unterscheiden zwischen passiven Reaktionen und

aktiven, expandierten Reaktionen, die die Reinterpretationen weiterentwickeln und teilweise modifizieren. Die expandierten Antworten, mit denen die Patienten auch weiteres biographisches Material liefern, sehen die Autoren als eine entscheidende Möglichkeit der psychotherapeutischen Situation, den Patienten zu neuen Orientierungen und persönlicher Weiterentwicklung zu verhelfen.

Neben den Untersuchungen zu Zuschreibungs- und Deutungsaktivitäten der Therapeuten, sind in neuester Zeit auch Arbeiten zu psychotherapeutischen Fragen (und den Patientenreaktionen darauf) entstanden. So analysiert MacMartin (2008) z.B. den interaktionellen Widerstand von Patienten auf so genannte „optimistische Fragen“ (‘optimistic questions’). “Optimistische Fragen” sind zustimmungselizitierende Fragen, die auf die Kompetenz, Widerstandsfähigkeit und Erfolge der Patienten abheben. MacMartin arbeitet unterschiedliche Antwortformate auf solche optimistischen Fragen heraus. Sie unterteilt ‘versetzte’ (‘misaligned’) Patientenreaktionen in antwortähnliche und ‘Nicht-Antworten’ und demonstriert unterschiedliche Reaktionsmöglichkeiten innerhalb dieser Kategorien. Antwortähnliche Reaktionen scheinen oberflächlich den therapeutischen Fragen zuzustimmen, sie werden von den Therapeuten dennoch als problematisch behandelt. Die Autorin identifiziert drei Typen dieser Reaktionen: Antworten, die den in der Frage enthaltenen Optimismus herunterstufen, refokussierende Antworten sowie scherzende bzw. sarkastische Antworten. Unter der Kategorie ‘Nicht-Antworten’ fasst die Autorin z.B. Beschwerden und Kooperationsverweigerungen. Therapeuten entwickeln unterschiedliche Strategien, um mit problematischen Antworten umzugehen. In einer Vielzahl von Fällen ersetzen sie ihre Ausgangsfrage mit einer neuen optimistischen Frage, die eher eine angegliche (‘aligned’) Antwort elizitiert, in selteneren Fällen stellen sie anschließend neutrale Fragen oder steigern sogar den Optimismusgrad ihrer ursprünglichen Frage.

Eine Arbeit, die sich weder speziell psychotherapeutischen Verfahren oder Patientenreaktionen zuordnen lässt, ist die Untersuchung von Berceili et al. (2003). Die Autoren untersuchen das Phänomen der so genannten ‘recallings’, mit denen sowohl Therapeut oder Patient sich auf etwas beziehen, das in einer vorangegangenen Sitzung stattgefunden hat. Die Autoren unterscheiden generell zwischen ‘intrasession recallings’, Rückbezügen, die sich auf Äußerungen innerhalb einer Sitzung beziehen, und ‘intersession recallings’, mit denen Rückbezüge bezeichnet werden, die sich auf Äußerungen in vorangegangenen Sitzungen beziehen und auf die sie sich in ihrem Artikel ausschließlich konzentrieren. ‘Intersession recallings’ können sich sowohl auf Therapeuten- als auch auf Patientenäußerungen in einer vorangegangenen Sitzung beziehen. Sie bilden die topikalische Kohärenz der Makrostruktur der gesamten Therapiestruktur ab und beziehen sich auf Sachverhalte, die Patient oder Therapeut für relevant erachten. Die Auto-

ren unterscheiden zwischen 'marked recallings' und 'unmarked recallings': In 'marked recallings' weisen die Sprecher explizit darauf hin, dass sie sich auf etwas beziehen, was in einer vorangegangenen Sitzung geäußert wurde. Als 'unmarked recallings' werden (oftmals metaphorische) Wörter oder Ausdrücke bezeichnet, die nicht explizit als Rückbezüge markiert werden.

#### **4. Zur Methode der Konversationsanalyse**

In diesem Kapitel wird die dieser Arbeit zugrunde liegende Methode, die Konversationsanalyse, vorgestellt. Die Konversationsanalyse wurde in den 1960er von Harvey Sacks in Zusammenarbeit mit Emanuel Schegloff und Gail Jefferson entwickelt. Sie geht grundlegend zurück auf die soziologischen Arbeiten Erving Goffmans zur Interaktionsordnung (vgl. Goffman 1967,1971) und auf die von Harold Garfinkel entwickelte Ethnomethodologie, die ebenfalls aus der Soziologie stammt (vgl. Garfinkel 1967). Die Konversationsanalyse beruft sich ebenso wie die Ethnomethodologie auf einen sozialkonstruktivistischen Ansatz. Sie begreift Interaktion als ein prozesshaftes Geschehen, das sich emergent und lokal entwickelt und nicht auf bereits präformierte soziale Strukturen zurückgreift. Dabei wird die Interaktion unabhängig von motivationalen, psychologischen oder soziologischen Dispositionen der Gesprächsteilnehmer betrachtet; der konversationsanalytische Untersuchungsansatz verlagert vielmehr „den Sinn einer (sprachlichen) Handlung aus dem Bewußtsein des Handelnden in die sozial-objektive Wirklichkeit der Interaktion“ (Auer 1999: 128). Die Wirklichkeit der Interaktion wird dabei als geordnetes und regelhaftes Geschehen begriffen, das von den Interaktanten selbst methodisch und regelhaft produziert wird und daher auch von den Analytikern als geordnet und normativ wahrgenommen werden kann. (vgl. Schegloff/Sacks 1973). Dabei richtet die Konversationsanalyse ihre Aufmerksamkeit auf die Mikroorganisation und Detailphänomene der Interaktion. Der Konversationsanalyse geht es explizit darum, natürliche Interaktionssituationen zu untersuchen, da experimentell konstruierte Interaktionen nicht die Logik und Methodik des sozialen Handelns wiedergeben können. Die Konversationsanalyse richtet sich gegen einen allgemeinen Methodenkanon, der unabhängig vom Forschungsgegenstand entwickelt wurde. Sie verzichtet auf vorgefertigte Theorien und a-priori-Erwartungen und verwendet Methoden, die dem jeweiligen Untersuchungsgegenstand angemessen sind und aus diesem heraus entwickelt wurden (vgl. Bergmann 1981: 16). Daher existieren keine explizit formulierten konversationsanalytischen Methodenstandards; man spricht vielmehr von einer 'analytischen Mentalität', die sich an einer datengeleiteten 'Entdeckung' orientiert. Die Fragestellungen und analytischen Katego-

rien werden aus dem Datenmaterial selbst entwickelt. Auch geht es nicht darum, einen externen Blick auf die Daten einzunehmen, sondern zu rekonstruieren, wie die am Gespräch Beteiligten selbst die jeweiligen Handlungen und Äußerungen interpretieren und behandeln (vgl. Heritage 1984: 1).

Zentral für die Konversationsanalyse ist die *sequentielle Organisation* von Interaktion. Je nach sequentieller Position in der Interaktion können sprachliche Handlungen unterschiedliche Funktionen erfüllen bzw. unterschiedliche Aktivitätstypen darstellen. Ob eine Äußerung zum Beispiel als Feststellung, Vorwurf oder Eingeständnis interpretiert wird, hängt entscheidend mit davon ab, in welcher sequentiellen Umgebung diese Äußerung platziert wird. Die Konversationsanalyse kann sich dabei analytisch die Methode der 'next turn proof procedure' zunutze machen, da sich in dem nachfolgenden Turn des Rezipienten zeigt (sowohl für den vorangegangenen Sprecher als auch für den Konversationsanalytiker), wie der Rezipient die vorangegangene Äußerung verstanden hat (vgl. Hutchby/Wooffitt 1998: 15). Der Ausgangspunkt für die Arbeiten zur sequentiellen Organisation war die Beobachtung, dass einige Aktivitäten nachfolgende Aktivitäten zwangsläufig relevant und normativ erwartbar machen. Ein Ausbleiben dieser 'zweiten' Aktivitäten wird eindeutig als 'Fehlen' interpretiert und kann sanktioniert werden (vgl. Heritage 2008: 306; Sacks 1992; Schegloff 1968). Solche zusammenhängenden Aktivitäten werden dementsprechend Paarsequenzen ('adjacency pairs') genannt. 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). Interaktionen gehen aber natürlich über solche Minimalsequenzen hinaus. So sind z.B. Erzählungen Aktivitäten, die sich über mehrere Turns hinweg erstrecken und von den Gesprächsteilnehmern kollaborativ realisiert werden (vgl. Jefferson 1978; Sacks 1986). Ein weiteres Beispiel sind direkt aufeinander folgende Sequenzen, so genannte 'sequences of sequences' (vgl. Schegloff 2007: 195ff.) wie z.B. Frageketten, in denen ein Sprecher mehrere Fragen hintereinander stellt (vgl. Sacks 1972: 343).

Gesprächsteilnehmer organisieren den Sprecherwechsel, das so genannte *Turn-taking*, hochgradig geordnet und systematisch (vgl. Sacks et al. 1974). Dabei wird die Rederechtverteilung in Alltagsgesprächen als ein Mechanismus angesehen, der unbewusst permanent abläuft und Kommunikation als geordnetes Geschehen überhaupt erst ermöglicht. Einige der fundamentalen Prinzipien des Sprecherwechsels sind, dass er vorkommt, dass meist nur ein Sprecher spricht, dass Simultansprechphasen kurz sind und dass Sprecherwechsel meist ohne Pausen

oder Überlappungen stattfindet (ibid: 700f.). Das Turn-taking-System ist nicht nur ein rein technischer Prozess, sondern enthält durchaus auch eine moralische Dimension. So werden Verletzungen des Rederechts, z.B. Redeunterbrechungen, als beanstandungswürdige Abweichungen der Norm sichtbar (Heritage 2008: 306; Schegloff 2002). Für institutionelle Kontexte ergeben sich aufgrund von institutionellen Regeln (z.B. Länge der Redebeiträge oder Abfolge der Sprecher) oder festgelegten Rollen (z.B. Moderator oder Psychotherapeut) spezifische Abweichungen des für Alltagsgespräche geltenden Sprecherwechselmechanismus (vgl. Atkinson/Drew 1979; Peräkylä 1995). In psychotherapeutischen Kontexten z.B. sind es (fast) ausschließlich die Therapeuten, die den Patienten Fragen stellen oder sie zu einer Erzählung auffordern<sup>30</sup>.

Sprecher und Rezipienten haben jederzeit die Möglichkeit, ihre eigenen Äußerungen oder die des Gegenübers zu reparieren. Unter den Begriff *Reparatur* werden alle sprachlichen Aktivitäten gefasst, mit denen die Interaktionsteilnehmer Probleme des Sprechens, Hörens oder Verstehens in vorausgegangenem oder sich im Vollzug befindlichen Redebeiträge bearbeiten (vgl. Schegloff et al. 1977). Eine ganz grundsätzliche Funktion von Reparaturen ist damit im Hinblick auf den lokalen Gesprächskontext die Aufrechterhaltung bzw. die Wiederherstellung der wechselseitigen Orientierung auf gemeinsame Themen und Referenzpunkte (vgl. Hutchby/Wooffitt 1998: 66), in einem größeren Zusammenhang auch der interpersonelle Abgleich (‘alignment’) und ganz allgemein die Intersubjektivität des sozialen Lebens (Schegloff 1992).

Gesprächsteilnehmer haben im Hinblick auf den zweiten Paarteil die Option, zwischen zwei alternativen, aber nicht äquivalenten, zweiten Handlungen zu wählen (vgl. Atkinson/Heritage 1984: 53). Sie können die ‘Präferenz’ oder auch ‘Dispräferenz’ ihrer Äußerungen indizieren. Dabei bezeichnet der Begriff *Präferenz* nicht die individuelle Einstellung oder subjektiven Vorlieben eines Sprechers. Er bezieht sich vielmehr auf einen stark sozial regulierten und institutionalisierten strukturellen Aspekt der Gesprächsorganisation (vgl. Heritage 2008: 311). Zustimmungen sind in den meisten Fällen präferiert, Ablehnungen dagegen dispräferiert<sup>31</sup>. Zu-

---

<sup>30</sup> Allerdings existieren je nach psychotherapeutischer Orientierung unterschiedliche Auffassungen zur Organisation des Rederechts. In der klassischen Psychoanalyse wird der Patient z.B. zu langen, selbständig gestalteten Redebeiträgen, zur ‘freien Assoziation’, aufgefordert, während der Therapeut die Haltung einer ‘frei schwebenden Aufmerksamkeit’ einnimmt. Auch in den vorliegenden Daten zeigt sich, dass die Orientierung (der Patienten) an einer institutionell geregelten Sprecher- und Rollenverteilung nicht immer gewünscht wird und die Patienten durchaus auch eigeninitiativ Themen einbringen sollen. Vgl. z.B. folgende Aussage einer Therapeutin gegenüber einem Patienten: „ja es is nur SO wenn wenn ich jetzt äh FRAGEN stelle dann sinds vielleicht nicht IHRE fragen und nich IHRE bereiche,ihre THEMEN ne, von Daher is es für SIE äh sicher mhm sie profitieren MEHR davon, wenn sie sich (.) VOR den gesprächen überlegen was MÖCHte ich.“

<sup>31</sup> Nicht immer jedoch sind Zustimmungen präferiert. Ein besonderer Fall ist zum Beispiel die Reaktion des Rezipienten nach einer negativen Selbstbewertung des Sprechers. In einem solchen Fall ist die Ablehnung der negati-

stimmungen werden schneller gegeben als Ablehnungen und sind meist kürzer, direkter und strukturell einfacher realisiert als Ablehnungen (vgl. Liddicoat 2007: 111). Ablehnungen erfordern im Regelfall einen wesentlich höheren interaktionellen Aufwand, ablesbar z.B. an dem Einsatz von Hesitationsphänomenen und Heckenausdrücken (vgl. Atkinson/Heritage 1984; Levinson 1983; Pomerantz 1975; Pomerantz 1978; Pomerantz 1984a; Sacks/Schegloff 1979; Schegloff et al. 1977). Ablehnungen enthalten oft auch 'accounts', mit denen die Sprecher ihre Ablehnungen begründen (Goffman 1971; Heritage 2008: 311). Präferierte und dispräferierte Aktivitäten sind so strukturiert und werden aktiv so eingesetzt, dass sie die Kooperation erhöhen und Konflikte vermeiden (vgl. Atkinson/Heritage 1984:55). Insofern ist das Konzept der Präferenz nicht nur relevant, um nachzuvollziehen, wie die Mitglieder einer Gemeinschaft miteinander kommunizieren, sondern auch, um soziale Organisation als solche zu verstehen (vgl. Clayman 2002; Heritage 1984). Nicht nur zweite Paarteile wie Annahme oder Ablehnung einer Einladung oder Bitte können als dispräferierte Handlungen realisiert werden. Auch erste Paarteile wie z.B. das Überbringen von schlechten Nachrichten im medizinischen Kontext können Dispräferenzmarkierungen enthalten und sind oftmals von komplexen sequentiellen Aushandlungen umgeben (vgl. Maynard 2003).

Entsprechend den Grundannahmen der Konversationsanalyse wurden die Fragestellungen und analytischen Kategorien dieser Arbeit nicht auf theoretische Vorannahmen gestützt, sondern aus dem Material selbst entwickelt. Die hier durchgeführten Analysen orientieren sich an dem sequentiellen Verlauf des Gesprächs und rekonstruieren, wie sich die Interaktion auf der Mikroebene schrittweise entwickelt. In den Analysen werden die vermeintlichen Intentionen der Interaktanten ausgeblendet, und es wird aus der Teilnehmerperspektive heraus rekonstruiert, wie die Gesprächsteilnehmer selbst einander verstehen und wie sie aufeinander Bezug nehmen.

---

ven Selbsteinschätzung im Regelfall präferiert (vgl. Pomerantz 1984a). Auch bei Streitgesprächen kann sich die Präferenzordnung umkehren: Widersprüche gelten dann als präferiert und Widerspruchsaktivitäten werden dementsprechend einfach und direkt formuliert (vgl. Kotthoff 1993).

## 5. Daten

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

Die den Analysen zugrunde liegenden Daten wurden im Rahmen der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“<sup>32</sup>: Eine manualgestützte, kontrollierte und randomisierte Ergebnisstudie<sup>33</sup> erhoben. Die Studie wurde an der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Freiburg in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Klinik und der Neurologischen Klinik durchgeführt.

Teilnehmer der Studie waren als somatoform und psychotherapeutisch behandlungsbedürftig eingestufte Patienten, die sich zum Zeitpunkt der Studie in der Universitätsklinik Freiburg aufhielten, um dort medizinisch untersucht zu werden.

Die Datenerhebung fand von Juni 2002 bis November 2004 statt. Die Gespräche, die im Rahmen dieser Studie geführt wurden, wurden anschließend dem von dem Lehrstuhl für germanistische Linguistik der Universität Freiburg und der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durchgeführten Projekt „Zur Entwicklung eines gemeinsamen Schmerzverständnisses im psychotherapeutischen Gespräch mit somatoformen Patienten“ zur Verfügung gestellt, das von Dezember 2004 bis November 2006 lief und in dessen Rahmen die vorliegende Arbeit begonnen wurde. Ziel dieses interdisziplinären Projektes war es, einen differenzierten Einblick in die konversationelle Dynamik zwischen Therapeuten und Patienten zu erhalten und spezifische Interaktionsmuster herauszuarbeiten. Dabei stand besonders die Bearbeitung der verschiedenen Krankheitsmodelle bzw. –überzeugungen im Mittelpunkt der Analysen.

Das zentrale Anliegen der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen“ war die Evaluierung eines Konzeptes zur Kurzzeitpsychotherapie für Patienten mit somatoformen Störungen<sup>34</sup> im Krankenhaus, das in der Abteilung des Konsiliar- und

---

<sup>32</sup> Bei den Konsil- und Liaisondiensten handelt es sich um psychotherapeutische Dienste, die die psychosoziale Versorgung von Patienten im Allgemeinkrankenhaus verbessern sollen. Bei dem Konsildienst werden Psychotherapeuten auf, oft auch spontane, Anfrage der Ärzte eingesetzt, um psychodiagnostische Untersuchungen durchzuführen oder auch psychotherapeutische Hilfe anzubieten. Bei dem Liaisondienst sind die Psychotherapeuten kontinuierlich vor Ort anwesend und sind in das medizinische Behandlungsteam integriert. Der Therapeut ist regelmäßig auf der entsprechenden Station präsent, er nimmt an Visiten, Stationsbesprechungen etc. teil und berät und unterstützt das medizinische Team.

<sup>33</sup> Die Studie wird im Folgenden mit dem Titel „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen“ abgekürzt.

<sup>34</sup> Zu einer Darstellung zum Krankheitsbild der somatoformen Störungen vgl. Kapitel 2.1

Liaisondienstes der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie entwickelt wurde<sup>35</sup>.

Das Hauptziel der Untersuchung war die Motivierung der Patienten zu einer psychotherapeutischen Weiterbehandlung. Weitere Zielvariablen waren die Beschwerdeverbesserung, die emotionale Befindlichkeit, die Lebensqualität, die Behandlungszufriedenheit sowie die Gesundheitskosten.

Die Patienten wurden nach folgenden Ein- und Ausschlusskriterien rekrutiert:

<i>Einschlusskriterien</i>	<i>Ausschlusskriterien</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- körperliche Beschwerden, die organisch nicht ausreichend erklärbar sind</li> <li>- Dauer der Beschwerden: <math>\geq 3</math> Monate</li> <li>- Mind. 5 Arztbesuche oder 2 Krankenhausaufenthalte pro Jahr aufgrund dieser Beschwerden</li> <li>- Einverständniserklärung</li> <li>- Alter: 18 bis 68 Jahre und ausreichende intellektuelle bzw. sprachliche Fähigkeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- schwere organisch begründete oder psychiatrische Erkrankungen, z.B. Psychose</li> <li>- Psychotherapeutische Behandlung (<math>\geq 5</math> Sitzungen) innerhalb der letzten 3 Jahre</li> <li>- Alkohol-und/oder Medikamentenabusus</li> <li>- Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas)</li> </ul>

Die Patienten, die aus verschiedenen Stationen der Medizinischen Klinik und Neurologischen Klinik rekrutiert wurden, wurden in zwei Gruppen randomisiert. Die Patienten der ersten Gruppe wurden einer Interventionsgruppe zugeteilt und erhielten eine psychotherapeutische Behandlung, die Patienten der zweiten Gruppe (Kontrollgruppe) wurden lediglich über psychosomatische Zusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten informiert. Der Interventionsgruppe wurden 49 Patienten zugeteilt, in die Kontrollgruppe wurden 42 Patienten aufgenommen. Zu Beginn der Studie wurden nur Patienten eingeschlossen, die während des Untersuchungszeitraums stationär aufgenommen waren. Ab Anfang 2003 wurden auch ambulante Patienten re-

<sup>35</sup> Die folgenden Angaben zur Studie beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf den Abschlussbericht zum DFG-Antrag der Studie. Vgl. Fritzsche/Wirsching (o.J.).

krutiert, da viele Patienten mit Somatisierungsstörung aufgrund der Umstellung auf `Diagnosis Related Groups`<sup>36</sup> (diagnosebezogene Fallgruppen) nicht mehr stationär aufgenommen wurden. Die Patienten der Interventionsgruppe erhielten die Möglichkeit, bis zu fünf Gespräche mit einem Psychotherapeuten zu führen. Diese Gespräche bilden die Untersuchungsgrundlage dieser Arbeit.

Die psychotherapeutische Behandlung der Interventionsgruppe beinhaltete zwei Interventionen, die als gängige Elemente der Gesprächsführung in der psychosomatischen Grundversorgung gelten (vgl. Schneemann 2006: 27): das Erheben der biopsychosozialen Anamnese und die Empathie für körperliche Beschwerden (vgl. Fritzsche et al. 2003b). Die Interventionen lassen sich darüber hinaus dem Reattributionsmodell von Goldberg et al. (1989) zuordnen, das aus den folgenden drei Behandlungsschritten besteht (zu den folgenden Ausführungen vgl. Schneemann 2006: 27):

„Feeling understood“: In diesem ersten Behandlungsschritt soll der Therapeut den Patienten vor allem zu psychologischen Faktoren seiner Erkrankung und nach seiner Gesundheitseinstellung befragen (vgl. Goldberg et al. 1989). In der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen“ umfasste dieser Schritt das Erheben der biopsychosozialen Anamnese und des subjektiven Krankheitsverständnisses, die Empathie für die körperlichen Beschwerden der Patienten, das Spiegeln von Gefühlen, das Verbalisieren von Ärger, Wut und Enttäuschung des Patienten, eine ausführliche Exploration der bisherigen Krankheitserfahrung, die vom Patienten durchgeführte Dokumentation der Beschwerden in einem Symptomtagebuch<sup>37</sup> sowie das Anbieten von Bildern zur Wahrnehmung von Gefühlen.

„Changing the agenda“: In dem zweiten Behandlungsschritt geht es um eine Erweiterung der Agenda, indem der Therapeut einerseits die Realität der Symptome, aber auch die Realität von psychologischen und Stressfaktoren im Leben des Patienten anerkennt (vgl. Goldberg et al. 1989). In der Studie beinhaltete dieser Schritt erneut eine ausführliche Exploration der bisherigen Krankheitserfahrung, das Führen eines Symptomtagebuchs, das Anbieten von Bildern zur

---

<sup>36</sup> `Diagnosis Related Groups´ (DRG) bilden die Grundlage für ein leistungsorientiertes Vergütungssystem für die allgemeinen Krankenhausleistungen. Mit diesem System können alle Behandlungsfälle nach pauschalierten Preisen vergütet werden. DRGs wurden u.a. eingeführt, um Transparenz und eine Vergleichbarkeit für Krankenhausleistungen zu erreichen. Vgl. dazu [http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index\\_00293.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00293.html).

<sup>37</sup> In den Symptomtagebüchern können die Patienten ihre Beschwerden aufschreiben und dazu notieren, was sie beim Auftreten der Beschwerden gemacht bzw. gedacht haben. Es geht also darum, die Beschwerden mit bestimmten emotionalen oder psychosozialen Belastungen in Verbindung zu bringen. Die Vorlage für ein solches Symptomtagebuch befindet sich im Behandlungsmanual im Anhang.

Wahrnehmung von Gefühlen, eine Exploration der (allgemeinen) Krankheitserfahrung sowie die Rückmeldung der medizinischen Untersuchungsergebnisse durch den Psychotherapeuten.

„Making the link“: In diesem dritten Behandlungsschritt soll der Therapeut eine offene Verbindung von psychologischen und physischen Faktoren herstellen (vgl. Goldberg et al. 1989). In der Studie umfasste dieser Schritt das Herstellen eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses sowie die Vermittlung von Stressmodellen.

Die behandelnden Psychotherapeuten erhielten einige Wochen vor Beginn der Studie Informationen zur Durchführung der Studie und ein Behandlungsmanual, das u.a. die Ziele der Studie, die empfohlene Grundhaltung der Therapeuten, den Behandlungsrahmen sowie den Ablauf der einzelnen Sitzungen näher erklärt<sup>38</sup>. Außerdem wurde ein dreistündiger Trainingstermin mit den Therapeuten vereinbart, bei dem offene Fragen diskutiert und zusätzliche Aufgaben im Rahmen der Studie vermittelt wurden.

Die psychotherapeutische Intervention beschränkte sich auf fünf Sitzungen mit einer Dauer von 45 bis 60 Minuten. Das Therapiekonzept der Studie integrierte kognitiv-behaviorale, psychodynamische und interaktionelle Behandlungsansätze<sup>39</sup>. Dabei wurden verschiedene Erfahrungen zugrunde gelegt: Erfahrungen zu allgemeinen Elementen der Kurzzeittherapie, zur hilfreichen, vertrauensvollen Beziehung sowie spezifische Elemente der psychotherapeutischen Behandlung bei somatoformen Störungen (vgl. Behandlungsmanual).

Die Ziele der psychotherapeutischen Intervention wurden folgendermaßen formuliert (vgl. *ibid*):

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

---

<sup>38</sup> Ein solches Behandlungsmanual findet sich im Anhang dieser Arbeit.

<sup>39</sup> Die kognitiv-behaviorale Therapie ist eine Verhaltenstherapie, die `innere´ Prozesse der Patienten berücksichtigt, wie z.B. den Umgang mit Wahrnehmungen und Vorstellungen. 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. 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 (vgl. Clauß et al. 1995).

2. Förderung der emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten und der Akzeptanz unerwünschter Affekte wie Wut, Ärger, Enttäuschung, Angst. Dies führt zu einer deutlichen Entlastung der Abwehr 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.

Dabei wurden den behandelnden Psychotherapeuten die folgenden Grundhaltungen empfohlen (vgl. *ibid*):

- Ernstnehmen der körperlichen Beschwerden
- Vermeidung einer vorschnellen Aufdeckung von psychosozialen Konflikten und ihrer Beziehung zu den Beschwerden
- Verbalisierung von Ärger, Hilflosigkeit und Enttäuschung beim Patienten, Psychotherapeuten und beim Behandlungsteam
- Integration der psychotherapeutischen Maßnahmen in Diagnostik- und Therapieplan der Station
- Akzeptanz einer bescheidenen Zielsetzung, die sich flexibel an den Möglichkeiten des Patienten orientiert.

Für die einzelnen Sitzungen wurden im Behandlungsmanual spezifische Aufgaben und Ziele formuliert, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

Erste Sitzung:

Zunächst geht es in der ersten Sitzung darum, den Patienten über die Ziele der Gespräche aufzuklären. Der Patient erhält anschließend die Möglichkeit, die Gründe seines stationären Aufenthaltes zu nennen und ausführlich seine körperlichen Beschwerden und bisherigen Behandlungserfahrungen zu schildern. Der Psychotherapeut soll die Intensität, Lokalisation und das zeitliche Auftreten der Beschwerden explorieren. Dabei soll er ein Mitgefühl für die körperlichen Beschwerden entwickeln („bodily empathy“, vgl. Rudebeck 1998) und die Beschwerden

ernst nehmen, was eine gemeinsame Wirklichkeit von Therapeut und Patient schafft (vgl. Uexküll 1996). Durch das Erheben einer bio-psycho-sozialen Anamnese gewinnt der Therapeut Einblicke in die vergangene und gegenwärtige Lebenssituation des Patienten. Bereits in der ersten Sitzung soll der Therapeut entlastende Interventionen einsetzen, die dem Patienten ein Gefühl des Verstandenseins und erste Erfahrungen über eine positive Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Gesprächs vermitteln. Weiterhin soll der Psychotherapeut die subjektive Krankheitstheorie des Patienten in Erfahrung bringen, z.B. durch Fragen wie „Was glauben Sie, hat Ihre Krankheit verursacht?“. Insgesamt soll der Therapeut vom Krankheitsverständnis des Patienten ausgehen und sich mit eigenen Überlegungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden zurückhalten. In dem Behandlungsmanual wird explizit darauf hingewiesen, dass das Gelingen einer solchen Abstimmung wesentlich zur Etablierung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses beiträgt. Ein letzter Schritt in der ersten Sitzung ist die Vereinbarung von bis zu drei Zielen der Gespräche, die die Patienten festlegen können.

#### Zweite Sitzung:

Der Patient erhält wie auch in der ersten Sitzung Raum, um seine körperlichen Beschwerden und seine Erfahrungen mit Pflegepersonal, Ärzten und Erfahrungen auf der Station zu schildern. In vielen Fällen liegen bereits, oft unauffällige, Untersuchungsergebnisse vor, die häufig in unangemessener Form an den Patienten zurückgemeldet werden. Dies löst bei den Patienten Wut, Ärger und Enttäuschung aus, und einige Patienten befürchten, als Simulant angesehen zu werden. Der Therapeut soll diese Gefühle verbalisieren und die Emotionen und auch die körperlichen Beschwerden des Patienten ernst nehmen und anerkennen.

Das Ziel des zweiten Gesprächs ist die Entwicklung eines breiteren, mehr psychosomatischen Krankheitsverständnisses durch die Erläuterung psychophysiologischer Modelle, wie beispielsweise die folgenden:

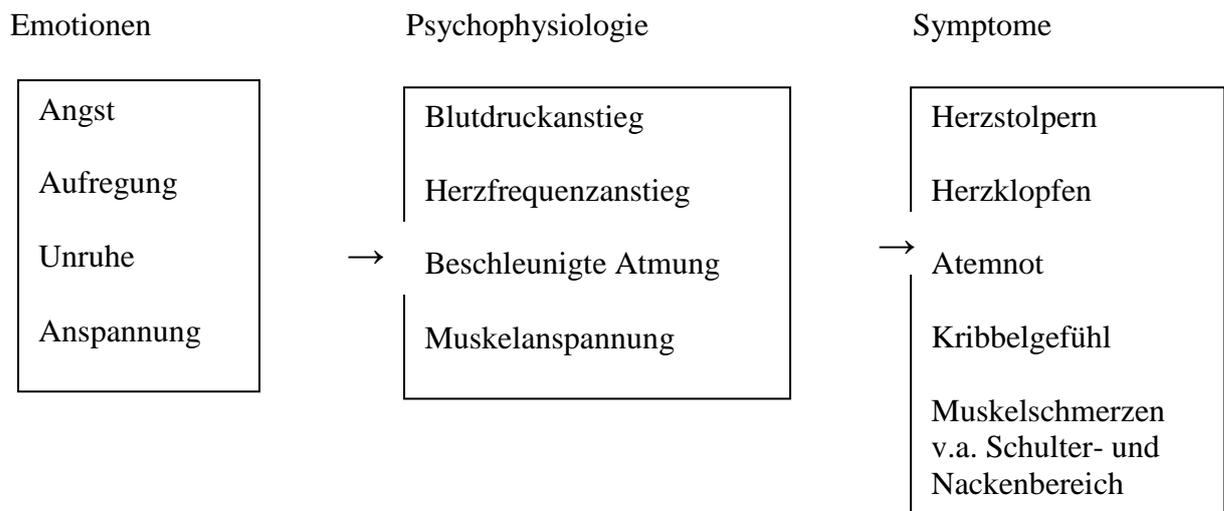


Abb.1: Drei-Stufen-Modell „Angst und körperliche Beschwerden“ (vgl. Behandlungsmanual)

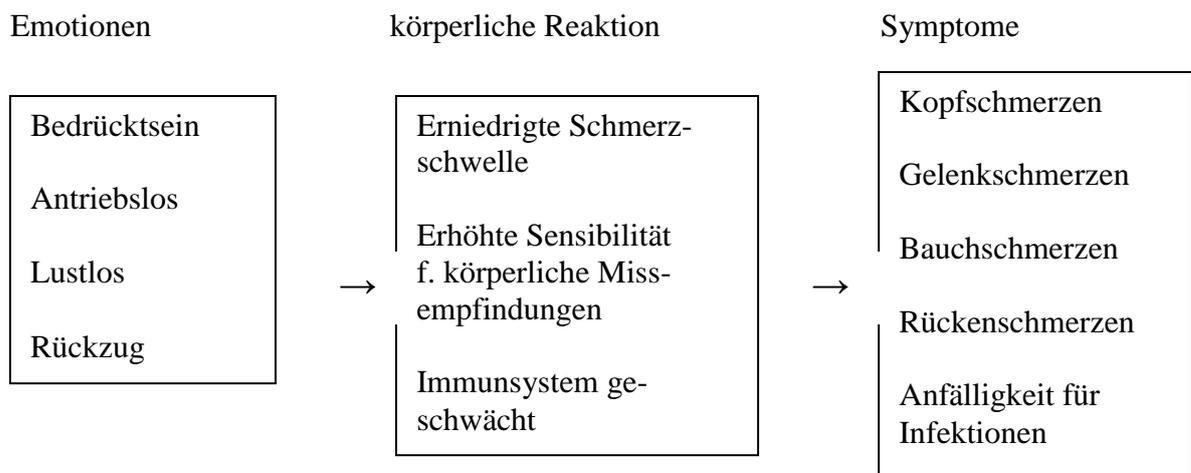


Abb. 2.: Drei-Stufen-Modell „Depressivität und körperliche Beschwerden“ (vgl. Behandlungsmanual)

Je nach Motivation wird dem Patienten empfohlen, ein Symptomtagebuch zu führen, in dem er seine Gedanken und Gefühle während der körperlichen Beschwerden dokumentieren kann. Zusätzlich wird dem Patienten angeboten, Entspannungsübungen (Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson<sup>40</sup>) oder Körperwahrnehmungsübungen zu erlernen<sup>41</sup>.

<sup>40</sup> Bei der progressiven Muskelrelaxation handelt es sich um ein Verfahren zur Körperwahrnehmung, bei dem durch die willentliche und bewusste An- und Entspannung bestimmter Muskelgruppen ein Zustand tiefer Entspannung des ganzen Körpers erreicht wird. Die einzelnen Muskelgruppen werden nacheinander in einer bestimmten Reihenfolge angespannt, die Spannung wird kurz gehalten und anschließend wieder gelöst. Die Kon-

In Bezug auf die Affekte und Emotionen ist es das Ziel, zwischen körperlicher Symptomatik einerseits und erwünschten und unerwünschten Affekten andererseits zu differenzieren. Um die Wahrnehmung von Gefühlen und die Symbolisierungsfähigkeit zu fördern, können Bilder und Narrative<sup>42</sup> eingesetzt werden (vgl. Nickel/Egle 1999).

Der Therapeut soll die Gefühle des Patienten spiegeln, ohne dabei den Patienten einzuengen. Auch nonverbal ausgedrückte Emotionen können im Sinne eines Vorschlags benannt werden, z.B. „Sie wirken auf mich jetzt sehr bedrückt“.

Bei Patienten, deren psychosomatisches Krankheitsverständnis fortgeschritten ist, kann eine Fokusformulierung eingesetzt werden. Dabei wird das körperliche Symptom als Ausdruck einer zugrunde liegenden Konfliktspannung verstanden. Der Konflikt wird beschrieben und als Gefühlsausdruck verstanden, den der Patient selbst nur schwer wahrnehmen oder artikulieren kann<sup>43</sup> (vgl. Schneemann 2007: 27).

#### Dritte Sitzung:

Auch in der dritten Sitzung erhält der Patient wieder die Möglichkeit, seine körperlichen Beschwerden zu schildern und seine Enttäuschung über bisher noch nicht gefundene organische Erklärungen zu artikulieren. Der Therapeut soll den Patienten wie auch in der zweiten Sitzung vorsichtig auf mögliche Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Beschwerden und möglichen emotionalen Belastungen hinweisen.

#### Vierte Sitzung:

Die vierte Sitzung ist für ein Paar- oder Familiengespräch vorgesehen. Durch die Einbeziehung des nächsten Umfelds des Patienten und die Thematisierung von Fragen wie „Was hat

---

zentration wird dabei auf den Wechsel zwischen Anspannung und Entspannung und auf die mit den unterschiedlichen Zuständen einhergehenden Körperempfindungen gerichtet (vgl. Jacobsen 1996).

<sup>41</sup> Beispiele für solche Entspannungs- und Körperwahrnehmungsübungen finden sich in den Zusatzmodulen im Behandlungsmanual im Anhang.

<sup>42</sup> Mithilfe von Bildern und Narrativen sollen „komplexe Zusammenhänge klar, einfach und gedächtnisfreundlich“ illustriert werden (Nickel/Egle 1999: 95). Als besonders wirksam gelten Bilder und Narrative, die dem Lebensumfeld der Patienten entnommen werden. Ein Beispiel zum Thema „Angst vor Veränderung“ ist das Bild eines gedeckten Tisches, auf dem sich neue und unbekannte Speisen befinden und mithilfe dessen das eigene Verhalten angesichts neuer Ideen oder Vorstellungen durchgespielt werden kann (vgl. *ibid*: 97).

<sup>43</sup> Fokusbildungen oder Fokussierungen sind den Deutungen, und damit auch den in Kapitel 7.1.3 untersuchten Zusammenführungen, verwandte therapeutische Aktivitäten. Mithilfe von (psychoanalytischen) Fokussierungen „benennt der Therapeut den ihm zentral erscheinenden, zugleich für bearbeitungsfähig gehaltenen Konflikt des Patienten und schlägt somit eine thematische Ausrichtung für das folgende/die folgenden Gespräche vor“ (Streeck 1989: 136). In der Arbeit mit somatoformen Patienten kann dies eben der Fokus auf einen Konflikt sein, der aufgrund von nicht wahrgenommenen bzw. nicht artikulierbaren Gefühlen entsteht.

sich in der Familie seit Beginn der Beschwerden verändert?“, „Was sind aufrechterhaltende Faktoren?“, „Welche Ressourcen stehen der Familie/dem Paar bei der Bewältigung der Beschwerden zur Verfügung?“ (vgl. Nickel/Egle 1999) kann der Veränderungsspielraum des Patienten erweitert, bislang nicht genutzte Ressourcen bereitgestellt und die soziale Unterstützung gestärkt werden.

Falls ein Gespräch mit dem Partner oder Familienangehörigen nicht zustande kommt, dient die vierte Sitzung der Vertiefung vorangegangener Themen, wobei die Förderung der Wahrnehmung und des Ausdrucks von Emotionen und ihren Zusammenhängen mit körperlichen Beschwerden eine zentrale Rolle spielt.

Fünfte Sitzung – Abschlussphase:

In der fünften und letzten Sitzung werden die zukünftigen Ziele erörtert, und der Patient wird auf die Realität außerhalb des Krankenhauses vorbereitet. Dabei wird aktiv eine weitere psychotherapeutische Behandlung vermittelt. Therapeut und Patient formulieren gemeinsam kurz- und langfristige Ziele des Patienten und besprechen die psychischen und sozialen Ressourcen, die der Patient unterstützend in die poststationäre Behandlungsphase einbringen kann. Zuletzt werden mit dem Patienten weitergehende psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten besprochen. Dem Patienten werden, je nach Motivation und Beschwerdebild, unterschiedliche Angebote gemacht (z.B. kognitiv-behaviorale Therapie, spezifische Schmerztherapie, stationäre Behandlung in einer psychosomatischen Klinik). Der Psychotherapeut selbst beteiligt sich aktiv an der Vermittlung der weiterführenden Therapie und bezieht auch den Hausarzt in die weitere Behandlungsplanung ein.

#### *Zu den Ergebnissen der Studie*

Auch wenn auf die Ergebnisse der Studie hier nicht ausführlich eingegangen werden kann, sollen an dieser Stelle die wesentlichen Ergebnisse der Hauptfragestellung (Motivierung und Inanspruchnahme einer weiterführenden Psychotherapie) sowie zwei Ergebnisse der Nebenfragestellungen (Verbesserung der körperlichen und psychischen Symptome und die Behandlungszufriedenheit) aufgeführt werden. Die Zielkriterien der Studie wurden anhand von unterschiedlichen Datenquellen, u.a. anhand von einem vom Therapeuten zu dokumentierenden Behandlungsprotokoll, einem vom Patienten auszufüllenden Fragebogen zur Psychotherapiemotivation, Fragebögen zum allgemeinen Gesundheitszustand und zur Behandlungszufrie-

denheit des Patienten sowie einem Fragebogen zur Beurteilung des Behandlungserfolgs durch den Therapeuten, erfasst (vgl. Schneemann 2006: 19 ff.). Im Verlauf der Studie gab es vier Messzeitpunkte: Die erste Messung fand zu Beginn der Aufnahme in die Studie statt, die zweite Messung wurde bei Beendigung des Krankenhausaufenthaltes durchgeführt. Zwei Katamneseuntersuchungen fanden drei bzw. sechs Monate nach Beendigung des stationären Aufenthaltes statt.

In Bezug auf das Hauptziel der Studie, die Motivierung für eine Psychotherapie und die Inanspruchnahme einer weiterführenden Psychotherapie zeigten sich statistisch signifikante Verbesserungen für die Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe (vgl. Fritzsche/Wirsching o.J.: 28). Das bedeutet, dass die Patienten, die psychotherapeutisch behandelt wurden, sowohl motivierter waren, eine Psychotherapie zu beginnen als auch tatsächlich häufiger eine Therapie begonnen haben als die Kontrollgruppe. Allerdings verliert sich der signifikante Unterschied der Inanspruchnahme nach sechs Monaten wieder (vgl. *ibid*: 23).

In Bezug auf die Nebenfragestellungen sind besonders die folgenden Ergebnisse interessant: Sowohl bei den Patienten der Kontrollgruppe als auch bei den Patienten der Interventionsgruppe zeigte sich eine Verbesserung der körperlichen und psychischen Symptome. Allerdings zeigten sich dabei keine Vorteile der Intervention gegenüber der Informationsschrift (vgl. *ibid*: 32).

Die Patienten der Interventionsgruppe zeigten eine sehr hohe Zufriedenheit mit den behandelnden Psychotherapeuten. Die Zufriedenheit mit den Therapeuten war dabei signifikant höher als die Zufriedenheit mit den behandelnden Krankenhausärzten (vgl. *ibid*: 42). Interessanterweise schätzten die Therapeuten den Erfolg und die Zufriedenheit der Patienten mit der Behandlung signifikant besser ein als die Patienten (vgl. *ibid*: 43).

## 5.2 Zur Auswahl und Transkription der Daten

Für die konversationsanalytische Auswertung der Daten lagen ursprünglich 137 Gespräche (als Audiodateien) mit 38 Patienten und sechs Therapeuten vor, die für die weitere Bearbeitung digitalisiert wurden. Einige der Dyaden bzw. Gespräche wurden bereits dann nach einer ersten Durchsicht für die weitere Analyse verworfen, wenn nur ein oder zwei Gespräche mit dem jeweiligen Patienten vorlagen, große Teile der Gespräche nicht aufgezeichnet wurden oder wenn die Tonqualität unzureichend war. Nach einer ersten ausführlichen Auswertung der Gespräche wurden 64 Sitzungen mit 23 Patienten teilweise oder komplett auf Basis des Ge-

sprächsanalytischen Transkriptionssystem GAT (Selting et al. 1998) transkribiert<sup>44</sup> und anonymisiert. Kriterien für die Auswahl der Gespräche waren zum einen die generelle Thematisierung der Erkrankung und des Krankheitsverständnisses der Patienten, zum anderen explizite von den Therapeuten initiierte Bearbeitungen des Krankheitsverständnisses. Von diesen Gesprächen wurden in weiteren Auswertungs- und Analyseschritten letztendlich 32 Gespräche mit 18 Patienten und fünf Therapeuten für die ausführlichen Analysen und die Darstellung in dieser Arbeit ausgewählt. Dabei wurden für die Analysen der konversationellen Verfahren Gespräche mit bestimmten Therapeuten häufiger berücksichtigt als andere, da diese Therapeuten explizit an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis gearbeitet haben.

Die folgende Tabelle enthält Informationen über die Gesprächskürzel, die den einzelnen Therapeuten-Patienten-Dyaden zugewiesen wurden, Codes, die den einzelnen Psychotherapeuten zugeordnet wurden sowie grundlegende soziodemographische Informationen über die Patienten. Die Altersangaben sind ungefähr, da der exakte Aufnahmezeitpunkt nicht in jedem Fall zu ermitteln war. In den empirischen Kapiteln findet sich vor jedem Transkriptausschnitt das Gesprächskürzel der Dyade mit der Angabe der jeweiligen Sitzung (so steht z.B. 0007-1 für die erste Sitzung der Dyade 0007, 0014-4 für das vierte Gespräch der Dyade 0014 usw.).

---

<sup>44</sup> Die verwendeten Transkriptionskonventionen nach GAT finden sich am Ende dieses Kapitels.

<i>Gesprächskürzel</i>	<i>Therapeutencode</i>	<i>Patientendaten</i>
0007	T IV	weiblich, verheiratet, 40 Jahre
0011	T V	weiblich, verheiratet, 48 Jahre
0014	T V	männlich, ledig, 18 Jahre
0018	T V	männlich, verheiratet, 47 Jahre
0022	T V	weiblich, verheiratet, 69 Jahre
0023	T V	weiblich, ledig, 32 Jahre
0025	T II	weiblich, verheiratet, 55 Jahre
0032	T II	weiblich, verheiratet, 51 Jahre
0033	T III	weiblich, verheiratet, 48 Jahre
0037	T II	weiblich, verwitwet, 67 Jahre
0057	T III	männlich, ledig, 35 Jahre
0080	T II	weiblich, ledig, 47 Jahre
0084	T I	männlich, verheiratet, 50 Jahre
0092	T III	weiblich, ledig, 54 Jahre
0095	T II	männlich, verheiratet, 44 Jahre
0107	T V	weiblich, verheiratet, 45 Jahre
0108	T V	weiblich, verheiratet, 29 Jahre
0128	T III	weiblich, ledig, 37 Jahre

In der folgenden Übersicht sind die verwendeten Transkriptionskonventionen nach dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem GAT (Selting et al. 1998) zusammengestellt:

### *Basistranskript*

#### Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

[ ]	Überlappungen und Simultansprechen
=	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

#### 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, nei=ein, nee=e	zweisilbige Signale
'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

### *Verwendete Konventionen des Feintranskripts*

### Lautstärke- und Sprechgeschwindigkeitsveränderungen

<<p>>	=piano, leise
<<pp>>	=pianissimo, sehr leise
<<all>>	=allegro, schnell
<<len>>	=lento, langsam

### Ein- und Ausatmen

.h, .hh, .hhh	Einatmen, je nach Dauer
h, hh, hhh	Ausatmen, je nach Dauer

### *Zur Anordnung der empirischen Analysen*

Die nun folgenden Kapitel sind den empirischen Analysen gewidmet. Zunächst werden in Kapitel 6 im Anschluss an einen Forschungsüberblick die Ursachenvorstellungen, die so genannten Kausalattributionen, der Patienten von ihrer Erkrankung dargestellt. Es wird zum einen ganz grundsätzlich demonstriert, über welche Ursachenattributionen die Patienten verfügen. Zum anderen wird gezeigt, auf welche Evidenzen die Patienten ihre Ursachenattributionen stützen, wie sie sie argumentativ herleiten und wie sich die Ursachenvorstellungen im Verlauf der Gespräche entwickeln bzw. verändern können.

Im Anschluss wird in Kapitel 7 die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses in der Interaktion dargestellt. In Kapitel 7.1 werden drei konversationelle Verfahren der Therapeuten analysiert, mithilfe derer die Therapeuten die Patienten systematisch für

psychosomatische Zusammenhänge sensibilisieren bzw. ihnen psychosomatische Erklärungsmodelle anbieten: Die so genannten Aktualisierungsfragen (7.1.1), Lokalisierungsfragen (7.1.2) und psychosomatischen Zusammenführungen (7.1.3). Kapitel 7.2 befasst sich mit den Patientenreaktionen auf psychosomatische Zusammenführungen. Die eher isolierte Darstellungsweise der psychotherapeutischen Verfahren und der Reaktionen der Patienten kann den dynamischen Erarbeitungsprozess eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses nicht in seiner Komplexität erfassen. Psychotherapeutische Verfahren werden in den meisten Fällen im Anschluss weiter bearbeitet und ausgehandelt (vgl. Kindt 1984; Vehviläinen 2008). Daher werden in Kapitel 7.3 längere Sequenzen analysiert, an denen verdeutlicht werden kann, wie sich die Erarbeitung des Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Erklärungen weiterentwickelt.

In Kapitel 8 wird die Aushandlung eines alternativen Krankheitsverständnisses über den Verlauf mehrerer Sitzungen mit einer Patientin nachvollzogen. Dabei geht es auch darum, zu zeigen, welche kritischen Momente sich in diesen Aushandlungsphasen ergeben und wie sie bearbeitet werden.

## **6. Kausalattributionen von somatoformen Patienten**

Es wird oft davon ausgegangen, dass an somatoformen Störungen leidende Patienten von einer organischen Ursache ihrer Erkrankung überzeugt sind. Die Diskrepanz in den Ursachenvorstellungen der Patienten und dem Behandler gilt als zentrales Problem der Interaktion. Daher soll in dem folgenden Kapitel der Frage nachgegangen werden, über welche Kausalattributionen die Patienten in den hier untersuchten Gesprächen verfügen und wie sie sie in der Interaktion darstellen. Zunächst wird ein Forschungsüberblick zu Kausalattributionen von somatoformen Patienten gegeben. Danach folgt die Darstellung der Kausalattributionen von den Patienten in den hier untersuchten Gesprächen.

### **6.1 Forschungsüberblick zu Kausalattributionen von somatoformen Patienten**

Im Folgenden wird ein Forschungsüberblick über die Kausalattributionen von somatoformen Patienten gegeben, und die Kausalattributionen werden in den größeren Zusammenhang der subjektiven Krankheitstheorien eingeordnet. Der Begriff 'Kausalattribution' bezeichnet die Ursachenvorstellung, die Patienten in Bezug auf ihre Erkrankungen haben.

Zu den Kausalattributionen von somatoformen Patienten liegen insgesamt relativ wenige Arbeiten vor. Viele der Studien stammen aus der Medizin und sind quantitativ ausgewertet worden; es liegen allerdings auch einige inhaltsanalytische Arbeiten vor. Die Studien weisen sehr

unterschiedliche Ergebnisse auf und sind aufgrund der verwendeten Methoden, der Settings, der Vergleichsgruppen und der körperlichen Beschwerden der Patienten nur schwer vergleichbar. Ein Fazit, das man jedoch anhand der Ergebnisse ziehen kann, ist, dass die Krankheitsüberzeugungen und Ursachenvorstellungen von an somatoformen Störungen leidenden Patienten nicht nur an somatischen Modellen orientiert sind, wie dies im Allgemeinen angenommen und auch in den Diagnosesystemen festgehalten wird. Patienten beziehen durchaus auch psychische bzw. psychosoziale Faktoren in ihre Krankheitskonzepte ein.

Einige der quantitativ angelegten Studien kommen zu dem Ergebnis, dass Patienten mit somatoformen Störungen im Vergleich zu Diagnosegruppen aus dem Spektrum der psychischen Störungen (vgl. Langosch 1996) bzw. im Vergleich mit Herzinfarktpatienten (vgl. Langewitz et al. 1998) keine Unterschiede im Hinblick auf ihr Krankheitskonzept aufweisen. Andere Studien hingegen zeigen, dass somatoforme Patienten im Vergleich zu Patienten mit anderen psychischen Störungen (vgl. Faller 1998; Nübling 1992; Wälte et al. 1999) bzw. im Unterschied zu Patienten mit medizinisch erklärbaren Symptomen (Nimnuan et al. 2001) körperlich-medizinische Ursachenvorstellungen stärker und psychische Ursachenattributionen weniger stark betonen. Martin et al. (2007) kamen in einer Studie ohne Vergleichsgruppe ebenfalls zu dem Schluss, dass somatische Kausalattributionen bei Patienten mit somatoformen Störungen (in einer psychosomatischen Klinik) überwiegen; die Autoren konnten jedoch auch zeigen, dass häufig auch psychosoziale Ursachen für die Beschwerden genannt wurden. Ney (2004) hat in seiner Arbeit gezeigt, dass somatoforme Patienten, die sich in hausärztlicher Behandlung befinden, ein differenziertes Krankheitsbild haben, das somatische wie psychosoziale Ursachen zulässt, wobei die psychosoziale Ursachenzuschreibung sogar überwiegt. Studien, die die Krankheitstheorien von Patienten mit rein somatoformen Störungen mit Patienten vergleichen, die zusätzlich an einer komorbiden depressiven oder Angststörung leiden, zeigen, dass die Patienten mit zusätzlichen psychischen Störungen über Krankheitskonzepte verfügen, die eine Mischung aus organischen und psychosozialen Ursachenzuschreibungen enthalten. Patienten mit rein somatoformen Störungen tendieren zu Kausalattributionen im Bereich organischer Faktoren (vgl. Henningsen et al. 2005; Rief et al. 2004; vgl. auch Martin et al. 2007).

Insgesamt ergibt sich anhand der vorliegenden quantitativen Studien also ein sehr uneinheitliches Bild in Bezug auf die Krankheitsvorstellungen und Ursachenattributionen somatoformer Patienten<sup>45</sup>. Viele der Studien zeigen allerdings, dass somatoforme Patienten nicht nur organi-

---

<sup>45</sup> Die Uneinheitlichkeit der Ergebnisse ist sicher zum Teil auch auf die Art der Erhebung zurückzuführen: Die Ursachenzuschreibungen wurden per Fragebogen und daher kontextfrei erhoben. Ursachenzuschreibungen und

sche Kausalattributionen vornehmen, sondern durchaus über ein differenziertes, multidimensionales Krankheitskonzept verfügen, das neben somatischen auch psychische und soziale Ursachenzuschreibungen zulässt (vgl. Faller 1998; Henningsen et al. 2005; Langewitz et al. 1998; Martin et al. 2007; Rief et al. 2004; Taylor et al. 2000).

In ihrer inhaltsanalytischen Arbeit zeigen Peters et al. (1998), dass nur wenige somatoforme Patienten<sup>46</sup> Erklärungen für ihre Beschwerden gefunden haben, die sie überzeugend oder zufrieden stellend finden. Die Erklärungsmodelle waren nicht von medizinischen Konzepten geprägt, sondern konnten in vier nicht-medizinische Kategorien unterteilt werden: 1) Krankheit als bösartige, autonome Entität, die jenseits des eigenen Körpers existiert, 2) soziale Einflüsse wie z.B. Berufs- oder Beziehungsprobleme, 3) inneres Ungleichgewicht, z.B. Probleme mit dem Immunsystem, 4) nervöse und psychologische Mechanismen.

Dao (2006) hat in ihrer ebenfalls überwiegend qualitativ ausgerichteten Arbeit acht verschiedene Erklärungskategorien von Patienten mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen herausgearbeitet: körperliche Ursachen, konstitutionelle Gründe, familiäre Übertragung, psychische Ursachen, soziale Faktoren, mögliche nicht diagnostizierte Erkrankungen, Stress und Tod. Dabei zeigte sich, dass körperliche Erklärungen am häufigsten zu finden waren und auch in allen untersuchten Patientenerzählungen eine Rolle spielten, psychologische Erklärungen allerdings bereits am zweithäufigsten anzutreffen waren. Körperliche Erklärungen gründen z.B. auf einer mechanistischen Sicht des Körpers oder auf einem Balancekonzept von chemischen oder energetischen Faktoren. Konstitutionelle Erklärungen wurden oft mit einer speziellen angeborenen Sensibilität begründet. Die Vorstellung, dass die Erkrankung familiär übertragen wurde, war vielfach mit medizinischen Diagnosen und anderen (z.B. körperlichen oder emotionalen) Erklärungen verbunden. Psychische Erklärungsmodelle umfassten emotionale Probleme (z.B. zu viele Sorgen oder zu viel Stress), traumatische Erfahrungen sowie die Erziehung oder die eigene Persönlichkeitsstruktur. Dao hat in Bezug auf psychologische Gründe festgestellt, dass Patienten oft sehr ambivalent sind und zum Teil zuvor geäußerte psychologische Erklärungsmodelle innerhalb eines Gespräches wieder verwerfen. Wenn Patienten soziale Faktoren in ihre Erklärungen mit einbezogen, spielte dabei oftmals das Thema `Verlust` hinein (Verlust des Partners, des Jobs, finanzielle Verluste etc.). Auch Probleme des medizinischen Versorgungssystems, wie z.B. lange Wartezeiten für medizinische Untersuchungen,

---

Krankheitstheorien werden im Gespräch aber in hohem Maße funktional und kontextsensitiv eingesetzt. Ein Forschungsdesideratum ist es daher, Krankheitstheorien *im* Gespräch zu untersuchen (vgl. Birkner 2006).

<sup>46</sup> Peters et al. (1998) wie auch Dao (2006) verwenden nicht die Bezeichnung `somatoform`, sondern sprechen von medizinisch nicht erklärbaren Symptomen, die allerdings in der psychiatrischen Klassifikation identisch mit somatoformen Beschwerden sind. Vgl. dazu Kapitel 2.

wurden in diesem Zusammenhang genannt. In Bezug auf nicht diagnostizierte Krankheiten hatten manche Patienten eigene Vorstellungen, an welcher Erkrankung sie leiden, andere bestanden darauf, dass es aufgrund der Fortdauer der Krankheit *irgendeine* medizinische Erklärung geben muss. Stress als mögliche Erklärung wurde von Dao einer eigenen Kategorie zugeordnet, da er zum einen von Patienten sehr oft als möglicher Grund genannt wurde, zum anderen, weil Stress in den Gesprächen ganz heterogene Bedeutungen aufwies (z.B. Sorgen, Anspannung, körperliche Überanstrengung, Schlafstörungen oder Umweltfaktoren). Stress wurde von den Patienten oft mit dem Begriff 'Nerven' gleichgesetzt oder assoziiert. Stress schien eine günstige Kategorie zu sein, die es den Patienten ermöglichte, den biomedizinischen Körper-Seele-Dualismus zu überbrücken und eine Verbindung von sozialen Ereignissen und körperlichen Symptomen herzustellen, ohne auf psychologische Erklärungen zurückgreifen zu müssen. Tod (z.B. Tod eines Angehörigen, Todesängste etc.) spielte in ca. der Hälfte der Patientenerzählungen eine Rolle, wurde jedoch nicht als Erklärung per se eingesetzt.

Studien, die den Zusammenhang von Behandlungserfolg und den unterschiedlichen, das heißt überwiegend biomedizinischen bzw. psychosozialen, Krankheitsvorstellungen, untersucht haben, zeigen, dass die Kausalattributionen der Patienten keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg haben. Ney (2004) zeigt für seine Daten mit Patienten aus Allgemeinpraxen, dass die Ausprägung eines psychosozialen Krankheitskonzepts keinen Einfluss auf den Behandlungserfolg hat. Er konnte auch bei der Untersuchung zweier Gruppen mit starker bzw. schwacher organisch-naturalistischer Ursachenattribution keine Unterschiede im Behandlungserfolg feststellen. Auch die Studie von Martin et al. (2007), die die Krankheitstheorien von Patienten aus einer psychosomatischen Klinik untersucht hat, zeigt, dass der Therapieverlauf der Patienten nicht von den Ursachenannahmen beeinflusst wurde.

Da Kausalattributionen ein Element von subjektiven Krankheitstheorien darstellen, sollen sie abschließend in dem größeren Zusammenhang der subjektiven Krankheitstheorien dargestellt werden. Subjektive Krankheitstheorien sind ganz allgemein den subjektiven Theorien zuzuordnen (die von Groeben/Scheele 1977 eingeführt und konzeptualisiert wurden), die wiederum als „[...] Wissenssysteme aufgefasst [werden können], die Strukturparallelität zu wissenschaftlichen Theorien aufweisen sollen“ (Filipp/Aymanns 1997: 3).

Eine sehr häufig verwendete Definition von subjektiven Krankheitstheorien stammt von Falter (1997: 265): Danach sind subjektive Krankheitstheorien „[...] Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung [...]“. Neben den Annahmen zur Verursachung von Krankheiten nennen Schumacher und Brähler (2004: 27) die folgenden Elemente, aus denen sich subjektive Krankheitstheorien zusammensetzen:

- Annahmen zu Verlauf und Kurabilität von Krankheiten (Kontrollierbarkeitsannahmen, Kontrollüberzeugungen)
- Krankheitsbezogene Vorstellungsbilder und Assoziationen („Krankheit als Metapher“)
- Konstruktion von „Sinn“ im Umfeld von Krankheit („Wozu“-Fragen, „Why me?“)
- Wahrnehmung und Risikofaktoren und der Glaube an die eigene Unverwundbarkeit (Risikoeinschätzung, Optimismus, positive Illusion)

Subjektive Krankheitstheorien sind kulturell gebunden, da sie häufig Bezug auf „[k]ulturgebundene überindividuell geteilte Vorstellungen über Krankheiten“ nehmen (Faller 1990: 132f.; vgl. Kleinman 1988). Patienten nutzen eine Vielzahl von Ressourcen, um ihr Krankheitsverständnis zu erweitern und ihre subjektiven Krankheitstheorien zu modellieren. Als Quellen, aus denen sich die Entwicklung, Aufrechterhaltung oder ggf. Modifizierung der Krankheitstheorie speisen, fungieren unter anderem vorangegangene Arztbesuche, Beratungsgespräche oder das Internet (vgl. Birkner 2006). Verschiedene Studien haben gezeigt, dass Laien- und Expertenwissen oft fließend ineinander übergehen und z.T. ununterscheidbar geworden sind (Arksey 1998; Banks/Prior, 2001; Epstein 1996). Anhand von Laienerklärungen zu Depressionen zeigt Kangas (2001), dass Laientheorien oft an Expertendiskurse anknüpfen und als Ursachen für die Erkrankung z.B. chemische Imbalancen, Kindheitstraumata oder externen sozialen Druck anführen. Shaw (2002) nennt diese Form des professionalisierten Laiendiskurses in Anlehnung an de Swaan (1990) „proto-professionalization“. Allerdings zeigen verschiedene Arbeiten, dass die Präsentation von subjektiven Krankheitstheorien im Arzt-Patienten-Gespräch selten „wissenschaftlich“ geprägt ist, sondern sich eher an alltagsweltliche Diskursformen anlehnt. Todd (1984) spricht im Hinblick auf die unterschiedlichen Orientierungen von Arzt und Patient (biomedizinisches Krankheitsmodell versus ein aus dem individuellen Erlebenszusammenhang abgeleitetes Modell) und die sich daraus ergebenden divergierenden Erwartungen und Vorstellungen von einem „frame conflict“. Kirmayer (2000) bezeichnet die alltagsweltlichen Darstellungsformen der Patienten, die aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen und Diskursformen oft fragmentiert sind, als „broken narratives“. Subjektive Krankheitstheorien gelten als ein entscheidender Faktor für die Krankheitsbewältigung (Coping). Der Umgang mit der Erkrankung hängt direkt von der Vorstellung von den Ursachen und der Entstehung der Erkrankung ab (vgl. Faller 1990; Hasenbring 1990; Verres 1989). Auch im Hinblick auf die Befolgung ärztlicher Anweisungen (Compliance) spielen die

subjektiven Krankheitstheorien eine zentrale Rolle<sup>47</sup>. Becker (1984: 314) sieht in der „Kluft zwischen Krankheitstheorie des Arztes und des Patienten [...] eine der Hauptursachen für Non-Compliance“. Für die Ärzte ist es allerdings oft schwierig, mit dem Patienten einen Konsens über Krankheitsmodelle und Lösungsansätze zu finden. 36% der Ärzte empfinden es als problematisch, wenn der Patient subjektive Krankheitstheorien und Vorstellungen über richtige Behandlungsansätze in die Arzt/Patient-Interaktion einbringt (vgl. Gebuhr 2002).

Für die empirischen Analysen wird auf den übergreifenden Begriff der subjektiven Krankheitstheorien verzichtet, da es nicht darum geht, die Komplexität und Vielschichtigkeit der Krankheitstheorien in ihrem Zusammenhang von Ursachenvorstellung, Verlauf, Behandlung etc. darzustellen, sondern darum zu zeigen, über welche Kausalattributionen die Patienten verfügen und wie sie sie in der Interaktion darstellen.

## 6.2 Kausalattributionen von somatoformen Patienten in der Interaktion

Im Folgenden wird ein exemplarischer Überblick über die Kausalattributionen der Patienten in den hier untersuchten Gesprächen gegeben. Es wird gezeigt, welche Ursachenattributionen die Patienten in den Gesprächen äußern, auf welche Evidenzen sie ihre Attributionen stützen, wie sie sie argumentativ herleiten und wie sie sich im Verlauf der Gespräche entwickeln oder verändern können. Damit dient dieses Kapitel insofern auch als Basis für die weiteren empirischen Analysen, als es zeigt, mit welchen Kausalattributionen und Argumentationen sich die Therapeuten konfrontiert sehen und auf welcher Grundlage sie ihre psychosomatischen Sensibilisierungsverfahren und Erklärungen einbringen.

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Patienten in den hier untersuchten Gesprächen nicht nur über somatische Kausalattributionen verfügen, sondern durchaus auch psychische und psychosoziale Ursachen in ihre Erklärungen einbeziehen.

Kausalattributionen in den hier untersuchten Gesprächen werden oft dann explizit gemacht, wenn sie von den Therapeuten elizitiert werden<sup>48</sup>. Sequentielle Umgebungen, in denen sich explizite Ursachenattributionen finden, sind beispielsweise direkte Fragen nach den Kausalat-

---

<sup>47</sup> Vgl. dazu allerdings die Ergebnisse im Hinblick auf den Zusammenhang von Behandlungserfolg und den Kausalattributionen von somatoformen Patienten, S. 53 in diesem Kapitel.

<sup>48</sup> Dabei finden sich zum Teil extreme Unterschiede in dem Vorgehen der einzelnen Therapeuten: Besonders eine Therapeutin versucht, die Patienten immer wieder ihre eigenen Ursachenvorstellungen zu `entlocken` und bietet ihnen psychische/psychosoziale Ursachen an, die sie weiterentwickeln sollen.

tributionen<sup>49</sup> sowie die Zielfestlegungen im (meist) ersten Gespräch und die Zielabgleichung in der letzten Sitzung<sup>50</sup>.

Zunächst werden in diesem Kapitel verschiedene Evidenzen vorgestellt, auf die die Patienten somatische und psychische bzw. psychosoziale Kausalattributionen stützen (6.2.1), bevor einige Ursachenattributionen etwas ausführlicher in ihrem argumentativen Begründungszusammenhang dargestellt werden (6.2.2). Abschließend wird anhand mehrerer Sequenzen im Gespräch mit einer Patientin die Instabilität und Kontextsensitivität von Kausalattributionen demonstriert (6.2.3).

### 6.2.1 Die Rolle von Evidenzen in somatischen und psychischen Kausalattributionen

Patienten stützen ihre somatischen und psychischen Kausalattributionen auf verschiedene Evidenzen, von denen im Folgenden jeweils zwei dargestellt werden sollen.

#### *Somatische Kausalattributionen*

Eine Evidenz, mit der Patienten ihre somatische Ursachenattribution stützen, sind Erkrankungen in der Verwandtschaft (vgl. Dao 2006).

Vor dem folgenden Ausschnitt hat die Patientin erzählt, dass der behandelnde Stationsarzt es abgelehnt hat, die Patientin im Computertomographen zu untersuchen.

(1) – (0108-1) „meine Mutter hat ja Krebs gehabt“

231 T: und=äh:m .h was hatten sie für ne (.) HOFFnung an diesen  
232 computertomographie?  
233 P: dass man da des mal richtig SIEHT einfach was: (1.33) was  
234 vielleicht (---) ob ein löchle wo ISCH,  
235 oder ob irgendwo ein tumor isch=n KLEIner oder so des  
236 kann ja AUCH [sein,  
237 T: [hm=hm,  
238 T: hm=hm, (-)  
239 also sie haben: mh mh (.) den gedanken auch es könnte=n  
240 Tumor [sein;  
241 P: [ja:- (-)  
242 T: ja,  
243 P: ja meine mutter hat ja krebs geHABT,  
244 (---)  
245 und mein vater isch diaBETiker,

Die Patientin begründet ihre (befürchtete) Kausalattribution (Tumor, Z. 235) mit den Erkrankungen ihrer Mutter und ihres Vaters, die an Krebs und Diabetes erkrankt waren bzw. sind.

---

<sup>49</sup> Die Exploration der subjektiven Krankheitstheorien wird den Therapeuten ausdrücklich empfohlen. Vgl. Kapitel 5.1.

<sup>50</sup> Die Patienten können zu Beginn der Sitzungen bis zu drei Ziele der Gespräche festlegen, die am Ende der Sitzungen angeglichen und evaluiert werden. Oft nennen die Patienten als ein Ziel den Wunsch, die Ursache ihrer Beschwerden herauszufinden.

Damit plausibilisiert sie ihre Attribution: Krebs und Diabetes gelten als vererbbar, daher ist ihre Befürchtung durchaus rational und berechtigt. Die Patientin setzt ihre Ursachenvorstellung hier gewissermaßen auch taktisch ein: Sie führt ihre Befürchtung nicht nur auf die Erkrankungen in ihrer Familie zurück, sondern unterstützt damit auch ihre Forderung nach einer Untersuchung im Computertomographen.

Eine weitere Evidenz, die Patienten heranziehen können, um ihre (somatische) Ursachenattribution zu unterstützen, sind eigene frühere parallele Krankheitserfahrungen (vgl. Birkner 2006). In dem hier herangezogenen Beispiel verweist der Patient mehrfach ausdrücklich auf die Parallelen zu einem früheren Krankenhausaufenthalt. Die Attribuierung wird allerdings nicht explizit realisiert; der Patient führt vielmehr die Fakten an und überlässt es letztendlich der Therapeutin, Schlussfolgerungen aus seiner Erzählung zu ziehen.

Vor dem folgenden Ausschnitt hat der Patient erzählt, dass er bald aus dem Krankenhaus entlassen wird, dass er sich aber nicht darüber freut, da er ohne organische Befunde nach Hause gehen muss und die Ärzte eine psychische Ursache seiner Beschwerden vermuten. Er hat geäußert, dass er bisher nur schlechte Erfahrungen mit Psychotherapien gemacht, woraufhin die Therapeutin darauf hingewiesen hat, dass er bisher ja noch keine richtige Therapie in Anspruch genommen hat.

(2) – (0057-2) „dass ich schon mal so eine ähnliche Situation gehabt hab wie jetzt“

01 T: hm=hm;  
02 wie is es denn im moMENT?  
03 (1.1)  
04 P: .hh;  
05 ja GUT,  
06 i i im moMENT muss i ja-  
07 h hab i ja no net (.) des gefühl dass mer (.) DIREkt sagt,  
08 okay ich äh (--) ich hab was PSYchisches; (---)  
09 für mich isch es ja immer nur DES:wege äh:: schlecht  
10 rüberkomme weil=es von ANfang an von de ERSCHte paar minute  
11 immer glei gheiße hat (--) PSYchisch. (--)  
12 des war immer des proBLEM;  
13 T: hm=hm,  
14 hm=hm;  
15 P: und dann isch mir au EIGfalle,  
16 dass ich schomal so a ÄHnliche situation ghabt hab wie  
17 [jetzt;  
18 T: [hm=hm;  
19 P: im moMENT;  
20 T: wann WAR das?  
21 P: .hh;  
22 des war wo ich VIERzehn,  
23 fünfzehn oder SECHzehn [war;  
24 T: [hm=hm;  
25 P: und zwar hab ich da dauernd probleme ghäd mit der LEISTe,  
26 und mit de [KNIEe;  
27 T: [hm=hm;  
28 P: dann hat mer KNIEespiegelung gmacht,  
29 alles MÖGliche,

30 (1.2)  
31 P: und NIRgendwo hat mer was gfunde;  
32 T: ja; (--)  
33 P: und dann mit sechzehn oder SIEBzehn war des dann,  
34 hat irgendein arzt dann (--) die lendewirbelsäule gerÖNGT;  
35 und der hat dann festgestellt dass ich den GLEITwirbel hab,  
36 T: [ja ja;  
37 P: [und dass des von DEM kommt;  
38 T: ja JA;  
39 P: a spezielle gymNASTik,  
40 und ich hab nie wieder proBLEme [ghabt;  
41 T: [hm=HM;  
42 P: also im prinzip a ÄHNliche situation wie jetzt;  
43 T: ja;  
44 P: es isch (.) JAHrelang (-) gwese,  
45 dass ich proBLEme ghabt hab,  
46 immer WIEder;  
47 T: hm=hm;  
48 P: also so wie jetzt im moment AU,  
49 bloß-  
50 T: hm=hm;  
51 P: waret die dann halt WOCHeweise,  
52 T: [hm,  
53 P: waret=se DA,  
54 T: und dann wieder überHAUPT edde;  
55 T: hm;  
56 P: und (-) keiner hat irgendwas geFUNde, (---)  
57 und mer hat AU scho vermutet,  
58 in DIE richtung,  
59 dass da psychisch irgend[was sein KÖNNte;  
60 T: [ja;  
61 (1.1)  
62 P: und es war dann aber DEFinitiv die LENdewirbelsäule;  
63 T: hm=hm;  
64 (1.0)  
65 P: und des isch EIgentlich-  
66 isch mir jetzt erscht wieder KOMme;  
67 ich han des zwar irgendwo noch geWUßT,  
68 aber halt toTAL (.) vergesse,  
69 im moment;  
70 .hh; (--)  
71 und des war geNAU die gleiche situation im im prinzip;  
72

Wie die Patientin in dem vorangegangenen Beispiel setzt auch dieser Patient seine Ursachenattribution bzw. die Begründung für sein somatisches Krankheitsverständnis funktional und gewissermaßen strategisch ein: Nachdem er (indirekt) eine psychische Ursache seiner Beschwerden zurückgewiesen hat (Z. 4-12), unterstützt er seine Haltung mit einer Belegerzählung und berichtet von einem früheren Krankenhausaufenthalt: Dort hatte er zunächst auch unerklärbare Beschwerden, schließlich aber wurde doch festgestellt, dass er einen Gleitwirbel hat, dass es also eine körperliche Erklärung für seine Beschwerden gibt. Dadurch, dass eine genaue Diagnose gestellt werden konnte, konnten die Beschwerden auch schnell behoben werden. Der Patient verweist mehrfach explizit darauf, dass die Situation damals ähnlich war wie seine aktuelle Situation (zuerst Z. 16/17, dann 42; 48; 71). Er wiederholt seine Belegerzählung dann noch einmal (Z.44-62) und macht explizit, dass man auch damals eine psychi-

sche Ursache seiner Beschwerden vermutet hat, dass am Ende aber tatsächlich eine körperliche Ursache seiner Beschwerden gefunden werden konnte.

### *Psychische/psychosoziale Kausalattributionen*

Eine Evidenz, die Patienten für mögliche psychische bzw. psychosoziale Ursachen ihrer Beschwerden anführen können, ist Stress<sup>51</sup> (vgl. Dao 2006). Vor Beginn des folgenden Abschnitts haben Therapeutin und Patient über die überraschende Verlobung seiner Exfreundin gesprochen, und der Patient hat auf Nachfrage der Therapeutin erklärt, dass er von seiner Exfreundin enttäuscht war. Daran schließt sich die Frage der Therapeutin an, mit der das Transkript beginnt.

#### (3)-(0014-1) „es gibt ja auch stressbedingte Erkrankungen“

343 T: wie kann das jetzt mit den beSCHWERden und dem DARM  
344 zusammenhängen,  
345 mit der übelkeit-  
346 P: ich (-- ) frag=s mich AUCH,  
347 T: das ist ja der KÖRper und das andere is ja eher so die SEEle;  
348 P: ja EBEN also das- (.)  
349 ich WEIß also es gibt ja auch stressbedingte erkrankungen  
350 so;  
351 ich hab mich jetzt schon n bisschen (.) SCHLAU gemacht drüber;  
352 T: hm=hm,  
353 P: ich könnt mir schon vorstellen dass das SOWas is; (-)  
354 T: KÖNNen sich vorstellen-  
355 P: also es (-) kam halt in DER zeit echt (.) viel zusammen,

Der sequentielle Kontext in diesem Fall ist relativ stark suggerierend, da die Therapeutin von vornherein eine Verbindung von Körper und Psyche herstellt und den Patienten dazu auffordert, eine (psychosomatische) Erklärung für seine Beschwerden zu finden. Der Patient vermutet, dass seine Erkrankung eventuell stressbedingt ist, und er fundiert seine Erklärung damit, dass in der Zeit, bevor seine Beschwerden eingesetzt haben, „viel zusammen“ kam (Z. 355). Das Zusammentreffen verschiedener psychosozialer Faktoren wird von Patienten häufiger als Erklärung verwendet, mit der sie ihre Beschwerden begründen bzw. sich einem psychosomatischen Krankheitsmodell annähern.

Eine weitere Evidenz für eine (mögliche) psychosomatische Erkrankung sind Probleme im familiären Umfeld. Die folgende Sequenz stammt aus dem Anfang des Gesprächs, an dem Therapeutin und Patientin die Ziele für die nachfolgenden Sitzungen festlegen.

---

<sup>51</sup> Stress ist allerdings durchaus nicht nur im Zusammenhang mit psychischen Kausalattributionen zu finden. Dao (2006) hat in ihrer Untersuchung zu Krankheitserklärungen von Patienten mit medizinisch unerklärbaren Symptomen herausgearbeitet, dass Stress eine ganze Bandbreite von Phänomenen abdecken kann, z.B. Sorgen, körperliche Überanstrengung oder umweltbedingte Faktoren. Stress ist damit auch ein Konzept, das den biomedizinischen Körper-Seele-Dualismus überwinden kann (vgl. ibid 2006: 49f.).

#### (4) – (0128-2) „es spielt ziemlich viel das Familiäre eine Rolle“

01 T: hätten sie denn ne (-) äh schon ne iDEE auch,  
02 welcher (.) SCHWERpunkt vielleicht dann- (---)  
03 diesmal in der behandlung sein sollte?  
04 also-  
05 (1.2)  
06 P: also-  
07 ich mein ich hab mir SCHO mal meine gedanke gmacht,  
08 ähm:- (2.1)  
09 wo au meine ( ) und au meine KOPFSchmerze im prinzip  
10 teilweise au HERkomme könne un- (-)  
11 es: spielt glaub ich ziemlich vie:l (.) des famiLIÄre eine  
12 rol[le;  
13 T: [hm=hm;  
14 P: des familiÄre und des finanZIELle;

Ohne dass dies von der Therapeutin explizit erfragt wurde, nennt die Patientin von sich aus zwei mögliche Ursachen ihrer Beschwerden: „das Familiäre und das Finanzielle“ (Z. 11/12, 14). Damit signalisiert sie der Therapeutin auch, dass sie bereit ist, psychosoziale Belastungen zu diskutieren und an einem psychosomatischen Krankheitsmodell zu arbeiten.

#### 6.2.2 Kausalattributionen in ihrem argumentativen Begründungszusammenhang

Nachdem oben einzelne Evidenzen dargestellt wurden, mit denen Patienten ihre Ursachenattributionen unterstützen können, liegt das Augenmerk bei den folgenden Ausschnitten stärker darauf, wie Patienten ihre Kausalattributionen argumentativ herleiten. Dabei wird auch gezeigt, dass Patienten Kausalattributionen antizipatorisch einsetzen können, um sich bereits im Vorfeld gegen potentielle psychosomatische Zuschreibungen zur Wehr zu setzen.

In dem folgenden Beispiel wird gezeigt, wie die Patientin ihren Status als organisch Kranke einfordert und gleichzeitig gegen eine Einbildung ihrer Beschwerden argumentiert. Sie beruft sich zum einen auf eine frühere medizinische Diagnose, und sie stützt ihre organische Krankheitsüberzeugung, indem sie sich auf ihre eigenen körperlichen Empfindungen beruft. Die Argumentation der Patientin reflektiert das biomedizinische System und macht den problematischen Status somatoformer Beschwerden innerhalb dieses Systems deutlich.

Vor dem Beginn der Sequenz hat die Patientin ihre Enttäuschung darüber geäußert, dass sie keine Diagnose „gekriegt“ hat, und sie hat in dem Zusammenhang die Vermutung geäußert, dass ihre Beschwerden eine „Nervensache“ sind. Die Patientin hat daran anschließend erklärt, dass während ihres Krankenhausaufenthaltes vermutlich noch eine Kernspintomographie-Untersuchung durchgeführt wird, woraufhin die Therapeutin gefragt hat, ob sie denn eine solche Untersuchung möchte. Die Patientin hat die Therapeutin gefragt, ob sie offen mit ihr reden kann. Mit der Antwort der Therapeutin beginnt der Ausschnitt.

(5)-(0080-2) „ich hab doch ne Hirnschädigung“

118 T: [nee also ham sie [mein WORT;  
119 P: [gut- [oKAY;  
120 P: kann ich mich drauf verL[Assen; ja,  
121 T: [ja;  
122 P: hh gut wei:l des nämlich SO isch;  
123 (-) äh ich hab doch ne HIRNSchädigung;=ja,  
124 T: hm=hm,  
125 P: und äh vor drei JAHren ham die die ja schon FESTgestellt;=  
126 =und sie sagen JETZT da hat sich nix verÄNdert; ja,  
127 T: [ja,  
128 P: [aber sie ist noch DA; (--)  
129 und e JETZT äh vor drei JAHren ham die da=n mords  
130 ZIRkus drum gemacht,=  
131 =und haben also des schon (4.08) also WICHTig hingestellt; ja?  
132 P: [so also;  
133 T: [ja-  
134 P: (.) und !MICH! haben die damit (.) total beUNruhigt;=ja,  
135 T: hm=hm,  
136 P: .hh un:d äh:m jetzt in den drei jahren waren eben so  
137 verÄnderungen in meiner gesundheit,  
138 deh (.) die hab ich AUFGeschrieben,  
139 .hh un:d jetzt (.) auf EINmal heißt es ja: des is nur=n  
140 ganz KLEIN?=  
141 =des geht ja schon fast wieder (.) WEG?=  
142 =un jetzt bagatelliSIEren die; (.)  
143 [und ich,  
144 T: [des is ihr geFÜHL;  
145 P: das ist mein geFÜHL j[a,  
146 T: [ja-  
147 [mh-  
148 P: [un: daher KAM des jetzt eben au dass ich:: ähm (-) dachte die  
149 (.) nehmen mich nicht ERNST;  
150 T: hm[=hm,  
151 P: [also (-) ich glaube dass des für (-) patienten überHAUPT  
152 wenn man in so ner LAge isch;  
153 (.) dass des WICHTig isch dass man ernst (.) sich ernst  
154 [genommen fühlt;  
155 T: [ja (.) des glaube ich AUCH ja,  
156 (---)  
157 P: und (.) ähm des (.) und JETZT eben,  
158 weil ich äh SPÜR die symptome;  
159 un die sympto(.)Tome die sind unterschiedlich  
160 STARK; (.)  
161 aber die sind immer LÄStig;  
162 T: [hm=hm,  
163 P: [und (.) ich meine des WAR mal so (---) am anfang dass  
164 ich: äh manchmal mich wie geSUND gefühlt hab weil die so  
165 schwach warn dass die ni eben !NICH! lästig warn;=  
166 =aber die zeit is schon lange HER;  
167 T: (.) hm=hm,  
168 P: un:d äh:m jetzt die SIND ebent; (-)  
169 also ich (.) ich bin nie ohne symptome und ich LEB halt mit  
170 denen und ich SPÜR die ebent immer; [ja?  
171 T: [hm=hm,  
172 P: un ich krieg halt MIT was in meinem körper vor sich geht,  
173 un:d ähm (1.13) solange des eben h NICHT (.) ähm (.)  
174 beNANNT isch (.) hat des: äh:m (1.23) was erSCHRECKendes;=  
175 =also halt äh was ähm (---) was, (.)  
176 ich kann ich weiß nicht was des ISCH ich weiß nicht wie  
177 sichs entWICKelt (-) ich (.) ich weiß nicht was des äh mit  
178 mir MACHT mit der zeit und und SO: also und (.) irgendwie (-)  
179 .h (--) SO halt;  
180 (-) also: und ich bin doch sowieso son großer DENker.

181 ((lac[ht]))  
182 T: [wa wa WAS war des [jetz?  
183 P: [ich DENke zuviel;  
184 T: ah ja;  
185 P: hm=hm,  
186 T: jetzt nochmal zurück zu dieser HIRN[schädigung;  
187 P: [.hhh  
188 T: des war des wurd vor drei jahren FESTgestellt [dass da;  
189 P: [ja,  
190 P: und es is noch DA,  
191 T: und und (-) wissen sie woher das KAM (-) [(äh wie),  
192 P: [nein des wissen die  
193 NICHT,  
194 T: [hm=hm,  
195 P: [un:d äh:m (.) jetzt tun sie so als hätte ich GAR nix un des find  
196 ich nich in ordnung weil ich !HA!be was;  
197 T: [hm=hm,  
198 P: [ich !HAB! was organisches;=  
199 =ich hab nicht !GAR! nichts;  
200 T: [hm=hm,  
201 P: [okay es ist KLEIN, (-)  
202 und die wissen nicht wo sies HIN tun solln, (-)  
203 aber aber (.) ich HAB was und ich bin der meinung dass des(.)  
204 dass meine beschwerden von DEM kommen;

Die Patientin nimmt Bezug auf eine organische Diagnose („Hirnschädigung“, Z.123), die früher einmal gestellt und die damals als „wichtig“ beurteilt wurde (Z. 131), die aber von den aktuell behandelnden Ärzten als irrelevant eingestuft wird. Sie hatte also schon einmal die ‘Aufenthaltsberechtigung’ in der Biomedizin, eine Legitimation als organisch kranke Patientin. Durch die „Bagatellisierung“ (Z. 142) der Ärzte wird ihr diese Legitimation wieder genommen. Die Patientin schildert, dass sie sich aufgrund dieser Bagatellisierung von den Ärzten nicht ernst genommen fühlt (Z. 148/149). Wie sich in der folgenden Sequenz zeigt, steht dahinter auch die Befürchtung, als Simulantin gesehen zu werden: Die Patientin beruft sich auf den privilegierten Zugang zu ihrer eigenen Empfindung, sie „spürt die Symptome“ (Z. 158, 170) und sie „kriegt mit, was in ihrem Körper vor sich geht“ (Z.172). Die Symptome sind also nicht eingebildet, sondern sind in ihrem Körper spürbar. Peters et al. (1998) haben in ihrer Arbeit zu Patienten mit medizinisch unerklärbaren Symptomen ebenfalls festgestellt, dass Patienten ihre eigenen Sinneserfahrungen oftmals dem indirekten und fehlbaren Wissen der Ärzte gegenüberstellen bzw. diese sogar als aussagekräftiger und auch unfehlbar einstufen. Symptome ohne Diagnose, unbenannte körperliche Beschwerden, haben für die Patientin „etwas Erschreckendes“ (Z. 173/174). Ohne Benennung oder Zuordnung sind die Beschwerden nicht kontrollier- bzw. behandelbar (Z. 176-178). Diese Einstellung reflektiert das biomedizinische System und macht auch das Dilemma von medizinisch nicht erklärbaren Symptomen deutlich: Bei medizinisch unerklärbaren Beschwerden können die subjektiv erfahrenen Symptome (‘illness’) nicht in eine objektiv messbare und validierte Erkrankung (‘disease’) überführt werden, sie bleiben gewissermaßen „unerklärt“ und damit auch oft nicht (zumindest

biomedizinisch) behandelbar. Aufschlussreich im Hinblick auf den Stellenwert von Biomedizin und Psychosomatik ist auch die Kontrastierung der Patientin am Ende der Sequenz (Z. 198/199): Die organische Erkrankung wird dem „Nichts“ gegenüber gestellt: Keine organische Erkrankung zu haben wird hier also auch in die Nähe der Einbildung gerückt.

In dem folgenden Beispiel nimmt die Patientin eine psychische Kausalattribution vor, die nicht genuin, sondern mithilfe einer Ausschlussargumentation abgeleitet wird.

(6)-(0022-2) „das kommt doch ausm Seelischen“

142 T: mit welchem ZIEL- (-)  
143 also WAS (-) w:ürden sie sa:gen- (--)  
144 was für SIE die gespräche (.) äh (.) bewirken (.) sollten;=  
145 =oder was sie da erREICHen sollten [für sich;  
146 P: [ <<p> hm=hm>;  
147 (-)  
148 P: öh-  
149 ich würd einfach sagen dass ich mehr drüber NACHdenk-  
150 wo k=könnst es HERkomm:;  
151 da ja (---) einfach (.) äh (.) vom physischen her des  
152 AUSgeschlossen (---) wurde;  
153 (-)  
154 T: hm=hm,  
155 (1.41)  
156 P: und äh- (--)  
157 ich jetzt vielleicht soweit bin dass ich sag das kommt DOCH  
158 ausm (--) ausm SEELischen.  
159 <<p> [(oder ausm)>;  
160 T: [hm=hm,  
161 (1.51)  
162 P: und vielleicht HILFT mir des dass ich jetzt einfach  
163 (.) mal drüber nachdenk wo könnst es HERkomm:;=

„Das Seelische“ scheint für die Patientin etwas zu sein, das nicht einfach zuzuordnen ist. Ihr Ziel ist es, herauszufinden, wo die Beschwerden herkommen (Z. 149/150). Anders als organisch begründete Beschwerden sind psychische Beschwerden nicht so einfach zuzuordnen. Das „Seelische“ kann eine ganze Palette an emotionalen oder psychosozialen Belastungen bedeuten; organische Erkrankungen sind, anders als psychosomatische, oft auf bestimmte pathologische Merkmale beschränkt und sind meist monokausal zuzuordnen.

Die Patientin eröffnet die Dichotomie „physisch“ – „psychisch“, indem sie per Ausschlussprinzip argumentiert („wenn es nichts Physisches ist, muss es etwas Psychisches sein“). Sie etabliert ein `Entweder-Oder`, das auf einem biomedizinisch orientierten dualistischen Leib-Seele-Modell basiert<sup>52</sup>. Aufschlussreich ist auch die Formulierung „jetzt bin ich vielleicht doch soweit“ (Z. 157), die signalisiert, dass die somatische Krankheitserklärung die bevorzugte ist und psychosomatische Erkrankungen eher in eine `Restkategorie` fallen: Nachdem eine

---

<sup>52</sup> Nicht nur die Patienten, sondern auch die Therapeuten argumentieren des Öfteren mit einem solchen dualistischen Modell, vgl. Beispiel (2) in Kapitel 7.3.

organische Erkrankung ausgeschlossen ist, muss man sich damit `abfinden´, psychosomatisch erkrankt zu sein.

Die Einstellung dieser Patientin zeigt sich auch in Gesprächen mit anderen Patienten: Wenn Patienten psychische Kausalattributionen ihrer Beschwerden vornehmen bzw. vermuten, dass psychische oder psychosoziale Faktoren eine Rolle bei der Entstehung ihrer Beschwerden spielen könnten, setzt oft die Suche nach Erklärungen ein. Die Patienten überlegen, welche Belastungen in ihrem Leben für ihre Beschwerden verantwortlich sein könnten<sup>53</sup>, und des Öfteren steht auch die Frage im Raum, was man „denn machen kann“, wenn die Erkrankung tatsächlich psychosomatisch bedingt ist. Im Vergleich zu den somatischen Attributionen sind psychische Attributionen oft diffuser und unspezifischer. Dies liegt sicherlich auch daran, dass psychosomatische Erkrankungen ja tatsächlich oft auch wesentlich komplexer und multifaktorieller sind als eher monokausal und linear zuzuordnende somatische Erkrankungen.

Der folgende Ausschnitt demonstriert eine `Sowohl-als-auch´-Attribution: Der Patient vermutet zwar (nach Abschluss der organischen Untersuchungen) eine psychische Ursache, er hält aber dennoch an einer möglichen somatischen Erklärung seiner Beschwerden fest. In der Sequenz gleichen Therapeut und Patient die zu Beginn der Gespräche festgelegten Ziele ab. Der Patient steht somit auch unter einem gewissen Druck, da durch die Evaluation der Ziele auch die gesamte psychotherapeutische Intervention bewertet wird.

(7)-(0084-5) „aus irgend einem Grund irgendein Fieber gehabt“

04 T: öh:m- (--)  
05 ich: wollte als (.) ERStes mit ihn: nochmal diesen  
06 ZIELerreichungsbogen (---) anschaun;  
07 (2.60) ((blättert in Unterlagen)) (1.85)  
08 T: das ham wer (.) ANfang der woche ausgefüllt;  
09 (5.00)  
10 T: hat sich da bei dem ERSten ziel- (---)  
11 ich möchte wissen woHER (.) meine schmerzen un meine müdigkeit  
12 kommen- (1.70)  
13 hat sich da was verÄNDert-  
14 un wenn JA <<p> hm;> (-)  
15 P: un wenn=s ausm KOPF kommt,  
16 isch der geDANke natürlich DA;  
17 KLAR;  
18 (1.65)  
19 P: also wenn orGANisch ni (.) nix isch dann wird=s wohl (-) irgendwo in  
20 der richtung SEI-  
21 (5.55)  
22 T: ja- (-)  
23 ich d hm denk ja dass es so beides zuSAMmenwirkt;

---

<sup>53</sup> Auch die Therapeuten stellen die möglichen psychischen/psychosozialen Faktoren der Erkrankung zum Teil als ein Rätsel dar, dem man durch Suche und Nachforschung auf den Grund kommen kann. Vgl. dazu die folgenden Zitate einer Therapeutin: „ja, .hh es is wie (.) wie so die Nadel im Heuhaufen suchen ne?“ und „aber wir sin ja wie die Kriminologen auf der Spur;“

24 un die FRAGE is einfach jetzt öh (.) jetzt weniger;=  
25 =ob- (-)  
26 woHER=s jetzt kommt==  
27 =sondern ob sie den eindruck haben dass sie (--) jetzt (.) M:EHR  
28 son verSTÄNDnis gekriegt ham; (---)  
29 [wie das zuSAMMEN[hängen könnte;  
30 P: [(wie )- [ja;  
31 (1.17)  
32 P: i konnt mir nit VORst dass des ein (.) öh;  
33 WENN des von daher kommt dass des einen so (arg ) (.) so  
34 beEINflusse kann; (--)  
35 T: ja; (-)  
36 ja.  
37 des (.) des is KLAR;  
38 des IS auch erstma [schwer;  
39 P: [für MICH zumindescht;  
40 (-)  
41 T: ja,  
42 P: (wenn i mir das) VORstelle;  
43 T: hm=hm,  
44 ja-  
45 (1.10)  
46 T: h. (-) und (-) wenn sie das jetzt hier auf dieser SKala- (-)  
47 wie weit hat das jetzt ZUGenomm:;=  
48 =dieses (-)<<p> dieses> ANdere verständnis;  
49 (---)  
50 P: also- (--)  
51 i würd sage zwische siebzig und achtzig proZENT;  
52 (--)  
53 T: hm=hm;  
54 (--)  
55 T: oKE;;  
56 (-)  
57 T: ((zieht die Luft durch die Zähne ein))  
58 P: ich denk mir dass vielleicht (--) TROTZdem IRgend (.) wat  
59 IRgendwas war==  
60 =vielleicht hab i irgend==  
61 =aus irgendeinem grund irgend en FIEber ghabt-  
62 oder irgendwas ANDres [wo man jetzt [nit weiß;  
63 T: [ja- [jo-  
64 (---)  
65 P: un:d (.) öh wie sie SAget-  
66 diese (.) neunzig prozent öh grenze die ma EH scho erreicht hat-  
67 durch be andere beLASCHtunge; (--)  
68 dass DIE dann halt do durch ( ) überSCHRITte wurde;  
69 T: ja-  
70 (-)  
71 T: ja-=  
72 P: =weil sonst hätt mi des NIT so: nehme könne;  
73 des glaub i NITte;  
74 (--)  
75 T: ja-  
76 (--)  
77 P: weil i (.) [hab in meinem lebe IMmer mal scho (.) au (-)  
78 T: [ja-  
79 P. menschlich un un andre (.) un gschäftlich riese proBLEme ghabt;  
80 (---)  
81 P: un hab des eigentlich IMmer ohne irgendwelche hilfe (---)  
82 bewÄLtige könne;

Der Patient leitet hier (wie auch im vorigen Beispiel) eine mögliche psychische Ursache durch den Ausschluss von organischen Befunden ab (ab Z. 17). Der Therapeut verweist dann darauf,

dass „beides“ (also das Körperliche und das Psychische) zusammen wirken und fragt den Patienten dann, inwieweit sich sein Verständnis in der Richtung verändert hat. Der Patient erklärt, dass er bei ca. 70-80 % bei einem solchen (also psychosomatischen) Verständnis liegt. Er macht aber gleich im Anschluss daran deutlich, dass er glaubt, dass seine Beschwerden auch eine körperliche Komponente (Fieber) haben (ab Z. 54), und dass dadurch die Belastungsgrenze überschritten wurde. Er begründet seine Erklärung damit, dass er sonst auch immer wieder zwischenmenschliche Probleme hatte, die nicht zu solchen Beschwerden geführt haben (Z. 77-82). Es muss also noch einen weiteren Faktor geben, der zu diesen Beschwerden geführt hat. Der Patient nimmt also nicht an, dass allein psychosoziale Belastungen zu seinen Beschwerden geführt haben, sondern er vermutet, dass eine körperliche Ursache die Beschwerden mit verursacht hat. Insofern entspricht seine Kausalattribution einem `Sowohl-als-auch´- bzw. einem `Ja-aber´-Modell, da sie sowohl körperliche als auch psychosoziale Ursachenvorstellungen enthält.

Als ein weiteres Phänomen soll der antizipatorische Einsatz von Kausalattributionen demonstriert werden. In dem folgenden Beispiel<sup>54</sup> setzt die Patientin ihre Ursachenvorstellung ein, um bereits im Vorfeld eine potentielle explizite psychosomatische Zuschreibung zu umgehen. Das Beispiel (und auch das anschließende) zeigt, dass Patienten über eine Art `seismographisches Gespür´ verfügen: Sie sind, nicht zuletzt aufgrund des Settings und ihrer speziellen Situation, sehr stark sensibilisiert für potentielle psychosomatische Zuschreibungen und wehren sich bereits prophylaktisch, wenn häufig auch implizit, gegen die Kategorisierung als `psychosomatischer Patient´.

In dem gesamten Gespräch, aus dem die folgende Sequenz entnommen wurde, wurden hauptsächlich zwei große Themen besprochen: Zum einen hat die Patientin mehrfach geschildert, dass sie unmittelbar, nachdem sie etwas gegessen hat, starke Bauchschmerzen bekommt. Zum anderen haben Therapeut und Patientin über die Operation gesprochen, die die Patientin einfordert. Der Therapeut versucht ihr zu erklären, dass ihr eine Operation unter Umständen sogar schadet, da sie keine organischen, sondern vermutlich eher funktionelle Störungen hat, die durch eine Operation nicht zu beheben sind.

Kurz vor Beginn des nachfolgenden Ausschnitts hat der Therapeut überlegt, wie sich die Patientin im Alltag entlasten oder schonen könnte.

(8)-(0007-3) „abhängig ist es nur vom Essen“

44 T: (un) (--) n ANderen punkt den ich (.) mir noch vorstellen

---

<sup>54</sup> Die beiden folgenden Ausschnitte sind der Gesprächsreihe 0007 entnommen, die in Kapitel 8 in ihrem Verlauf ausführlicher, auch unter Berücksichtigung kritischer Interaktionsmomente, analysiert wird.

45 könnte der vielleicht n BISSchen weiterhelfen könnte==  
46 =da wollt ich sie eben AUCH fragen öh was sie davon halten, h.  
47 öhm (-- ) ham sie ham sie schonmal (---) öhm (--)  
48 AUFgeschrieben- (---) öh sagen=wir=mal (-- ) so praktisch son  
49 symptOMtagebuch geführt; (--)  
50 ja?=  
51 =dass sie das geNAU mal dokumentieren (---) WANN öh (. )  
52 beschwerden da sin WIE die beschwerden sind==ja?=  
53 =in welchen situaTIONen die auftreten==ja?=  
54 =von was das h. (-) öh zum beispiel auch ABhängig sein könnte  
55 und so weiter-  
56 P: nee von ab (-- ) abhängig is es nur vom ESsen un=das (. ) das  
57 BRAUCH ich nicht aufschreiben; (--)  
58 das HÄNGT nicht mit=dem sauber machen [zusammen oder mit=m  
59 T: [hm=hm-  
60 P: RAUSgehen;  
61 oder mit [FAHRradfahren, (--)  
62 T: [ja;  
63 P: das hängt (. ) da mit ALL dem nicht zusammen==  
64 =ich weiß nur EINS das hängt mit meinem ganzen [ESsen zusammen;  
65 T: [hm=hm;  
66 (--)  
67 T: [h. (-) aber öhm (---) ich GLAUbe-  
68 P: [mit der ernÄHRung <<p>( )>;  
69 T: [ja;  
70 P: [weil !WENN! ich nichts esse geht=s mir einigermaßen gut (. ) bis  
71 auf dass die KRÄFte dann nachlassen;  
72 (1.40)  
73 T: also (-) is sowas schonmal geMACHT worden?  
74 dass (DAS) mal-  
75 öh ham sie=das schonmal geMACHT oder is ihnen das schonmal  
76 VORgeschlagen worden-  
77 P: nö eigentlich NICH aber wie gesacht==  
78 =das: im GRUNde genommen brauch ich das nicht? (-)  
79 das hat auch nichts mit ABlehnen=zu=tun=aber im grunde genommen  
80 BRAUCH ich=s nicht==  
81 =ich !WEIß! an was es liegt, (--)  
82 dass das: (. ) ganze eigentlich nur am ESsen liegt;

Der Therapeut fragt zunächst, ob die Patientin ein Symptomtagebuch führen möchte. In den Symptomtagebüchern<sup>55</sup> können die Patienten ihre Beschwerden aufschreiben und dazu notieren, was sie beim Auftreten der Beschwerden gerade gemacht bzw. gedacht haben. Es geht also darum, die Beschwerden mit bestimmten emotionalen oder psychosozialen Belastungen in Verbindung zu bringen. Die Patientin lehnt dieses Angebot ab und begründet dies damit, dass sie weiß, woher die Beschwerden kommen, nämlich „vom Essen“ (Z. 56). Ihre Kausalattribution ist insofern auch keine organisch begründete wie z.B. eine Magenentzündung, sie benennt also nicht den für sie plausiblen Grund ihrer Beschwerden, sondern den Auslöser, der zu den Beschwerden führt (der allerdings eine organische Ursachenattribution nahelegt). Anschließend zählt die Patientin Situationen auf, die nicht mit den Beschwerden in Zusammenhang gebracht werden können. Sie nimmt so bereits mögliche Zusammenhänge vorweg, schließt sie aus (ab Z. 58-61) und wehrt sich auf diese Weise antizipatorisch gegen

<sup>55</sup> Eine Vorlage eines Symptomtagebuchs befindet sich im Anhang.

mögliche psychosomatische Erklärungen ihrer Beschwerden. Die Patientin wiederholt noch einmal ihre Kausalattribution und leitet ihren Turn ein mit „ich weiß nur eins“ und unterstreicht damit noch einmal ihre Krankheitsüberzeugung (ab Z. 64). Sie begründet ihre Erklärung damit, dass es ihr gut geht, wenn sie nichts isst, auch wenn ihre Kräfte dann nachlassen (Z. 70/71). Der Therapeut fragt noch einmal nach, ob die Patientin schon einmal ein Symptomtagebuch geführt hat und eruiert damit auch, ob die Patientin tatsächlich all die von ihr genannten Zusammenhänge ausschließen kann, ob sie also ihre Attribution auf empirisch gesicherte Beweise stützen kann (Z. 73-75). Die Patientin verneint dies und erklärt noch einmal, dass sie weiß, woher ihre Beschwerden kommen (Z. 77-82). Sie macht auch explizit, dass ihre Äußerungen nicht als Ablehnung verstanden werden sollen. Damit rekuriert sie auf eine mögliche Unterstellung des Therapeuten, die folgendermaßen paraphrasiert werden kann: Wenn sie sich dagegen wehrt ein Symptomtagebuch zu führen, dann lehnt sie eine psychosomatische Erklärung ihrer Beschwerden ab. Sie muss dies aber nicht ablehnen, da sie bereits weiß, dass ihre Beschwerden auf das Essen zurückzuführen sind. Insofern ist die Suche nach möglichen anderen Gründen für sie sinnlos.

In diesem Ausschnitt zeigt sich, dass es um mehr als nur um das Führen eines Symptomtagebuches geht: Es werden hier auch mögliche Kausalattributionen und Krankheitsmodelle ausgehandelt.

Wie auch im Ausschnitt zuvor wehrt die Patientin in der folgenden Sequenz eine mögliche psychosomatische Zuschreibung ab. Sie präsentiert bzw. verteidigt ihre (somatische) Ursachenvorstellung allerdings, indem sie mögliche psychische Ursachen ihrer Beschwerden ausschließt. Zu Beginn des folgenden Ausschnitts hat der Therapeut die Patientin dazu aufgefordert, ihre eigenen Erklärungen für ihre Erkrankung zu schildern. Er hat in diesem Zusammenhang angedeutet, dass alle körperlichen Befunde negativ ausgefallen sind, was eine psychische Erklärung der Ursachen wahrscheinlich macht. Die Patientin hat sich dazu nur zögerlich und relativ zurückhaltend geäußert.

(9)-(0007-1) „denn psychisch kann ich mir nicht vorstellen“

74 T: aber sie  
75 vermuten schon dass irgendwie ne: ne orGANische erkrankung die  
76 bisher nichts öh: so richtig h. (-) öh  
77 diagnostiziERT worden [ist;  
78 P: [jaJA,  
79 P: [ja ver!MU!te ich;=  
80 T: [hm=hm-  
81 P: =[ich mein ich kanns nicht FEST[legen;  
82 T: [( )  
83 P: des WILL ich auch nicht-==;  
84 =[aber- (--)  
85 T: [hm-  
86 P: ich ver!MU!te es eher;  
87 T: hm=hm-  
88 (-)  
89 P: denn (-) TSYchisch kann ich mir nicht vorstellen,=  
90 =weil (.) wie gesagt ich hab viel [SPORT gemacht;=  
91 T: [hm=hm-  
92 P: =ich hab mich viel ABgelenkt, (---)  
93 ich hab meine KINder wo ich[:-  
94 T: [hm=hm;  
95 P: also- (--)  
96 T: ja;  
97 (--)  
98 P: von DER seite her eigentlich !NICHT!,  
99 un ich hab auch (.) keine schlechte KINDheit gehabt==  
100 P: =um auf den PUNKT zu [komm:;  
101 T: [hm=hm; ((lacht leise))  
102 (--)  
103 P: j(h)a,  
104 n(h)ebenBEI nur ge[sagt;  
105 T: [hm=hm;  
106 T: hm;  
107 (-)  
108 P: und- (---)  
109 wir sin glücklich verHEirat mein mann und ich;=  
110 =wir sin ZWANZig jahre zu!SAMM:!-- (--)  
111 wir ham ALles durch==  
112 =[un;  
113 T: =[hm;  
114 (-)  
115 P: also d GIBT=s keine;=  
116 T: =hm=hm;  
117 (-)  
118 T: so dass das eigentlich gar nicht plauSIbel [is eigentlich;  
119 P: [!NEIN! es fing ja  
120 wolln=wer [ma SO sagen alles die krankheiten nach mein letzten KIND  
121 T: [hm=hm,  
122 P: an;  
123 T: hm=hm-  
124 (-)  
125 P: ja,=  
126 =operatio:n=-  
127 =und; (---)  
128 ich wär BEInah gestorben an [de:m kaiserschnitt- (-)  
129 T: [hm-  
130 P: es !IS! so;  
131 (---)  
132 P: un das hat NICHTS mit der tsyche zu [tun;  
133 T: [hm=hm;  
134 (-)  
135 P: un dann: (.) die WUNden, (--)  
136 ((lautes Geräusch im Hintergrund)) (-)

137 P: öh:; (---)  
 138 das: [kann i=mir=nich VORstelln;=  
 139 T: [<<p>hm>-  
 140 das bildet ma sich ja auch nich EIN;=  
 141 =ge? ((lacht))  
 142 (---)  
 143 T: ja: ich DENke- (---)  
 144 wenn sie EINverstanden wärn-  
 145 ((Ende der Aufnahme))

Nachdem die Patientin sich nur zögerlich zu ihrer Einschätzung ihrer Erkrankung geäußert hat, fordert der Therapeut die Patientin noch einmal dazu auf, ihre eigene Erklärung der Beschwerden zu schildern (Z. 74-77). Er fragt explizit nach, ob sie eine organische Ursache ihrer Krankheit vermutet. Die Patientin reagiert auf diese Frage mit einer individuellen Ausschlussdiagnose, indem sie verschiedene Merkmale nennt, die gegen eine psychische Ursache ihrer Beschwerden sprechen (Z. 89-111). Zuerst weist sie explizit eine mögliche psychische Ursache zurück (Z.89). Im Anschluss zählt sie verschiedene Gründe auf, die gegen eine psychosomatische Erkrankung sprechen (Z. 90-93). Auf dieser Basis weist sie erneut explizit eine psychische Ursache ihrer Beschwerden zurück (Z. 98), bevor sie weitere Evidenzen auflistet, die eine psychosomatische Erklärung ausschließen: Sie schließt zunächst den stark klischeebehafteten Grund, eine schlechte Kindheit<sup>56</sup> (Z. 99), aus und bezieht sich dann auf ihre Ehe, die sie als glücklich und krisenresistent darstellt (Z. 109-111). Nach der Zurückweisung potentieller psychischer Belastungen führt die Patientin ihre Beschwerden auf einen Kaiserschnitt zurück, also einen Eingriff, der eine organische Erklärung ihrer Beschwerden nahe legt (Z.119-128). Sie verwendet eine Extremformulierung, die ihren damaligen kritischen Gesundheitszustand unterstreicht („ich wär beinah gestorben an dem Kaiserschnitt“, Z.128) und weist erneut psychische Faktoren als beschwerdeverursachend zurück (Z. 132).

### 6.2.3 Instabilität und Kontextsensitivität von Kausalattributionen

Patienten halten nicht immer an ihrer ursprünglichen Kausalattribution fest, sondern ändern und entwickeln sie durchaus im Verlauf ihrer Erkrankung (vgl. Birkner 2006). Gerade Patienten mit somatoformen Beschwerden entwickeln unterschiedliche und teilweise sogar widersprüchliche Ursachenvorstellungen, die sie im weiteren Krankheitsverlauf oder auch innerhalb eines Gespräches differenzieren und verwerfen können (vgl. Dao 2006). Die Patienten in den hier untersuchten Daten befinden sich im Hinblick auf ihre Ursachenattributionen in einer

---

<sup>56</sup> Die Bezugnahme auf die Kindheit geht auf eine vorangegangene Sequenz im Gespräch zurück, in der die Patientin geschildert hat, dass sie in einer interdisziplinären Schmerzkonferenz auf ihre Kindheit angesprochen wurde. Diese Frage hat die Patientin als unangemessen bewertet, da ihr durch solche Fragen nicht bei der Bewältigung ihrer Krankheit bzw. einem möglichen Heilungsprozess geholfen werden kann. Insofern weist sie damit auch eine früher bereits tatsächlich vorgenommene potentielle psychosomatische Zuschreibung zurück.

Extremsituation: Zu Beginn der Gespräche sind die medizinischen Untersuchungen oft noch nicht abgeschlossen, so dass viele Patienten die Hoffnung haben, dass eine organische Ursache ihrer Beschwerden diagnostiziert werden kann. Im Verlauf der Gespräche werden die Patienten allerdings von medizinischer Seite zum Teil mit negativen oder für ihre Beschwerden irrelevanten Befunden und von therapeutischer Seite mit psychosomatischen Erklärungen konfrontiert und so in ihren Ursachenvorstellungen herausgefordert.

Im Folgenden wird anhand von sechs Sequenzen aus drei unterschiedlichen Gesprächen mit einer Patientin die Entwicklung und Instabilität ihrer Kausalattribution demonstriert. Die Patientin ist anfangs von einer somatischen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt. Sie rückt im Verlauf der Gespräche allerdings von ihrer somatischen Krankheitsüberzeugung ab und bezieht psychische Faktoren in ihre Ursachenvorstellung ein. Es zeigt sich jedoch, dass sie sowohl ihre somatische Krankheitsüberzeugung als auch ihre psychische Ursachenvorstellung in unterschiedlichen Kontexten unterschiedlich stabil bzw. instabil äußert. Kausalattributionen können also sowohl in langfristiger als auch in kurzfristiger Hinsicht instabil sein: Zum einen können Patienten ihre ursprünglichen Ursachenvorstellungen im Verlauf ihrer Erkrankung (bzw. in diesem Fall im Verlauf der Gespräche) differenzieren, weiter entwickeln oder verwerfen. Zum anderen können sie auch innerhalb eines Gesprächs und sogar innerhalb einer Sequenz aufgrund des spezifischen Kontextes unterschiedlich stabile bzw. instabile Ursachenvorstellungen äußern.

Die Patientin geht ursprünglich von zwei möglichen somatischen Krankheitsursachen aus: Zum einen vermutet sie, dass eine Hirnschädigung (die tatsächlich vor einigen Jahren festgestellt wurde) ihre Beschwerden verursacht, zum anderen macht sie eine multiple Sklerose für ihre Beschwerden verantwortlich.

Der folgende Ausschnitt aus dem zweiten Gespräch wurde oben bereits in einem größeren Kontext als Beispiel (5) diskutiert. Er wird hier daher nur kurz dargestellt. Die Patientin hat vor diesem Ausschnitt auf die früher diagnostizierte Hirnschädigung hingewiesen und mit dieser Diagnose ihre Forderung nach einer Kernspintomographie begründet. Sie hat darauf verwiesen, dass sie die Symptome spürt und hat ihre Angst vor „unbenannten“ Beschwerden artikuliert. Die Frage der Therapeutin, ob die Ursachen der Hirnschädigung bekannt sind, verneint die Patientin. Im Anschluss formuliert sie ihre Kausalattribution und weist explizit darauf hin, dass sie ihre Beschwerden auf eine organische Ursache zurückführt (Z. 198, 203/204).

(10) – (0080-2) „ich bin der Meinung dass meine Beschwerden von dem kommen“

195 P: [un:d äh:m (.) jetzt tun sie so als hätte ich GAR nix un des find  
196 ich nicht in ORDnung weil ich !HA!be was;  
197 T: [hm=hm,  
198 P: [ich !HAB! was organisches;=  
199 =ich hab nicht !GAR! nichts;  
200 T: [hm=hm,  
201 P: [okay es ist KLEIN, (-)  
202 und die wissen nicht wo sies HIN tun solln, (-)  
203 aber aber (.) ich HAB was und ich bin der meinung dass des(.)  
204 dass meine beschwerden von DEM kommen;

Einige Zeit später im Gespräch konfrontiert die Therapeutin die Patientin mit einer psychosomatischen Erklärung für ihre Beschwerden (vgl. Ausschnitt (11))<sup>57</sup>. Da die Patientin geäußert hat, dass sie ihre Beschwerden nicht spürt, wenn es ihr psychisch gut geht, erklärt die Therapeutin zunächst, dass es darum geht, zu überprüfen, in welchen Situationen die Patientin ihre Beschwerden besonders spürt. Sie verweist zunächst darauf, dass die Patientin mit 24 Jahren ihre Großmutter verloren hat. Die Patientin erklärt, dass dies ein sehr schlimmes Erlebnis für sie war, woraufhin die Therapeutin darauf hinweist, dass sie vor einigen Jahren auch die gute Beziehung zu ihrem Chef verloren hat. Mit ihrem abschließenden Hinweis, dass „da einfach was passiert“ ist und die Patientin „etwas verloren“ hat, beginnt das folgende Transkript. Wie auch in der vorangegangenen Sequenz besteht die Patientin auf einer organischen Ursache ihrer Beschwerden (Z. 446/447). In diesem spezifischen Kontext, in dem sie direkt mit psychischen Ursachen konfrontiert wird, bezieht sie allerdings psychische Faktoren in ihre Kausalattribution ein<sup>58</sup> (Z. 440. 443).

(11)-(0080-2) „ich meine dass es nicht nur psychisch ist“

421 T: ja,  
422 aber des HEIßT (doh) (.) da is einfach was PASSIERT,=  
423 =da ham sie was verLOren; ne,  
424 P: ja- (-)  
425 (-)  
426 und meine TANTE isch vor zwei jahren gestorben;  
427 und da hab [ich AU was verloren;  
428 T: [hm=hm,  
429 (-)  
430 P: meinen BRUder hab ich zeitweise verloren;  
431 T: ja,  
432 P: den [hab ich jetzt WIEder,  
433 T: [also grad die LETZten jahre ja=a;  
434 (1.47)  
435 also ich WILL ihnen ja [ü: (.) ( ) EINFach nur etwas was;  
436 P: [aber TROTZdem war ja vorher;

<sup>57</sup> Diese Erklärungen werden in dieser Arbeit psychosomatische Zusammenführungen genannt. Vgl. Kapitel 7.1.3

<sup>58</sup> In einer vorangegangenen Sequenz hat die Patientin bereits bestätigt, dass psychosoziale Belastungen ihre Beschwerden verstärken können. Sie hat diese Belastungen allerdings nicht als Beschwerdeursache anerkannt.



23 =ich hab mich drei jahre lang drauf EINGestellt;  
 24 T: [hm=hm;  
 25 P: [.hh (.) vielleicht war au DES der fehler;=  
 26 =außerdem NEIG ich ja au zum reinsteigern (.) in [sachen,  
 27 T: [hm=hm;  
 28 (-)  
 29 P: [inSOfern,  
 30 T: [hm=hm-  
 31 (-)  
 32 P: .hhh dann leb ich jetzt fortan mit dem gedanken (.) dass ich  
 33 geSUND bin,  
 34 (-)  
 35 P: dass ich halt .hh (-) ÄH:M-  
 36 (1.37)  
 37 P: also: (.) ich hab zwar SCHMERzen?  
 38 (-)  
 39 P: [aber ich dä ich tu mich da drauf hin trainieren dass ich geSUND,  
 40 T: [hm=hm-  
 41 (-)  
 42 P: ich sag mir halt immer du bisch geSUND,  
 43 (-)  
 44 T: ja-  
 45 P: un:d hh (-) auf DER basis leb ich dann jetzt eben weiter,  
 46 T: was HEIßT des jetzt für sie,  
 47 (-)  
 48 P: das heißt jetzt für mich .h (.) dass ich wahrscheinlich  
 49 PSYchotherapie mache (.) wenn ich die beZAHLT kriege;

Im weiteren Verlauf zeigt sich, dass die Ursachenvorstellung der Patientin nicht so stabil ist, wie es anhand der obigen Sequenz scheint. Therapeutin und Patientin sprechen zunächst kurz über die Möglichkeiten einer weiterführenden Psychotherapie. Die Therapeutin fragt dann noch einmal gezielt nach, wie der Befund genau einzuordnen ist bzw. ob „nix Schlimmes“ bedeutet, dass der Befund die Beschwerden der Patientin nicht erklären kann (Z. 57-61). Die Patientin bestätigt dies zunächst. Anschließend formuliert sie allerdings ihre Befürchtung darüber, dass die Ärzte sich möglicherweise doch irren könnten (Z. 64) und begründet ihre Zweifel mit der Intensität ihrer Beschwerden (Z. 69-71). Im Anschluss verweist sie auf die nach wie vor bestehende Gültigkeit ihrer Beschwerden bzw. Beschwerdenschilderungen und schränkt die zuvor geäußerte psychische Komponente ihrer Beschwerden, das Reinsteigern bzw. Übertreiben, ein (Z. 74-76).

(12 a)- (0080-4) „ich hoffe dass die sich nicht irren“

57 T: .hh was heißt des jetzt ÄRZTlicherseits nix schlimmes, (.)  
 58 T: heißt des dass die [das was man FINDet (-) nicht die beschwerden  
 59 P: [.hh ((hustet))  
 60 erklären kann (-) so wie sie sie HAben oder was heißt nix  
 61 SCHLIMmes;  
 62 P: ((räuspert sich))  
 63 P: ja: so hat sich des schon ANgehört-  
 64 [und (.) ich hoffe dass die sich nicht IRren;  
 65 T: [hm=hm,  
 66 T: hm=hm;  
 67 P: also-  
 68 (-)

69 P: [weils von den beschwerden her halt SCHON (-- ) also teilweise  
70 T: [(ja)-  
71 P: schon [ziemlich HEFTig isch-  
72 T: [schon HEFTig; ne,  
73 (2.09)  
74 P: ((schnalzt leicht mit der Zunge)) .hhh (-- ) und selbst WENN ich  
75 vielleicht zum übertreiben neige isch es TROTZdem so (.) wie ich  
76 beschrieben habe und WAR so;

In der fünften Sitzung wird die Kausalattribution der Patientin erneut thematisiert. Es scheint zunächst, dass die Patientin fast komplett von einer organischen Krankheitsüberzeugung abgerückt ist und eine psychische Ursache für ihre Beschwerden annimmt (vgl. Ausschnitt (13)). Am Ende des Gesprächs zeigt sich allerdings, dass die Ursachenattribution komplexer und instabiler ist, als es die folgende Sequenz vermuten lässt (vgl. Ausschnitt (14)).

Vor dem folgenden Ausschnitt hat die Patientin erklärt, dass sie „trotz der Zipperleins, die aussehen wie eine Krankheit“ ihr Leben neu gestalten und jetzt, wo sie noch „funktionsfähig und gesund“ ist, eine Ausbildung als Schwesternhelferin beginnen möchte. Sie möchte den potentiellen Ausbildern ihre Beschwerden jedoch vorenthalten und ihnen sagen, dass sie gesund ist. Die Therapeutin bestätigt ihr, dass sie ja tatsächlich auch gesund ist und unterstützt diese Aussage mit den negativen Befunden, die der Chefarzt mitgeteilt hat. Daraufhin stellt sie die Frage, mit der das Transkript (13) beginnt.

Die Patientin begründet ihre veränderte Einstellung damit, dass sie weiß, dass sie sich psychisch stark beeinflussen und herein steigern kann und dabei auch „schnell extrem“ wird und „schnell übertreibt“ (Z. 159-165). Sie erklärt, dass sie fast schon beweisen wollte, dass sie „diese Krankheit“ hat (Z. 168-170) (es wird allerdings nicht deutlich, ob sie sich auf die multiple Sklerose oder die früher diagnostizierte Hirnschädigung bezieht). In dem hier nicht aufgeführten Ausschnitt begründet sie ihre veränderte Einstellung damit, dass sie ihre negativen Organbefunde und mögliche psychische Beschwerden bisher nie thematisiert hat, da sie Angst hatte, als SimulantIn kategorisiert zu werden. Während ihres Krankenhausaufenthaltes hat sie sich jedoch einigen Menschen anvertraut und hat die positive Erfahrung gemacht, dass diese die Realität ihrer Beschwerden anerkennen. Nach dieser Beispielerzählung kommt die Patientin wieder auf mögliche psychische Ursachen ihrer Beschwerden zurück und macht erneut deutlich, dass sie psychisch sehr sensibel ist und bereits minimale psychische Belastungen zu körperlichen Beschwerden führen können (Z. 190-203).

(13)-(0080-5) „ich kann mich psychisch schon sehr beeinflussen“

147 T: was mich jetzt noch interesSIeren würde (-) sie sagen sie stellen  
148 sich jetzt psychisch UM?  
149 sie sehn des jetzt (-) diese beSCHWERden nicht mehr als (--)  
150 symptome von: [mS oder zerebralen (.) äh oder vaskuLÄren (--)  
151 P: [ner erKRANKung,  
152 T: äh (-- ) was weiß ICH (-- ) (([lacht)) .h,  
153 P: [ja-  
154 T: sondern äh sie sehn es als relativ (-) äh n normale ZIPperleins  
155 oder irgendwas;=  
156 P: =ich will des mal ver[SUchen;  
157 T: [sie wolln des mal verSUchen;  
158 T: hm=[hm,  
159 P: [.h weil ich bin der meinung ich kann mich SCHON psychisch  
160 sehr beeinflussen,=  
161 =und wenn .hh ähm (.) ich BIN ein (.) ein REINsteigerer ich BIN  
162 das;=  
163 P: =ich ich ich werde schnell exTREM;  
164 und ich überTREIbe schnell se .h so (.) vor allem auch wenn ich  
165 RECHT haben will; (.)  
166 [also dann KANN ich,  
167 T: [hm=hm,  
168 P: .h und ich wollte (.) jetzt fast beWEIsen [dass ich diese  
169 T: [sie wollten beWEIsen;  
170 P: krankheit HAbE.  
171 T: ah ja;  
172 P: hm-

((18 Zeilen Auslassung))

190 P: .hh und zum beispiel GEstern: (-) abend (.) hat den ganzen abend  
191 (.) also mein gesichtschmerz war STÄRker un der hat die ganze  
192 zeit ausgestrahlt ins AUge,  
193 .h un hat ähm (.) mein augenlid hat die ganze zeit geZUCKT; ja,  
194 aber jetz NICHT mehr;  
195 [ich denke ich hab da je da e mh (.) die geringste psychische  
196 T: [hm=hm-  
197 P: AUfregung;  
199 wenn ich nur was DENke was mich aufregt .h [kommt irgendwas,=  
200 T: [hm=hm,  
201 P: =und äh:m;  
202 vielleicht bin ich HYpersensibel des kann ja AU sein des IS  
203 wahrscheinlich au so;

Ca. 11 Minuten nach dieser Sequenz regt die Therapeutin an, über die Ziele bzw. die Zielerreichung zu sprechen (vgl. Ausschnitt (14)). Die Patientin hatte in der ersten Sitzung das Ziel formuliert, durch die Gespräche Klarheit über den Ursprung bzw. die Aufrechterhaltung ihrer Beschwerden zu erhalten. In diesem spezifischen Kontext wird die Patientin also explizit dazu aufgefordert, in Bezug auf ihre Kausalattribution eindeutig Stellung beziehen. Aufgrund der vorangegangenen Sequenz hätte man annehmen können, dass die Patientin, anders als zu Beginn der Gespräche, wo sie eine organische Ursache ihrer Erkrankung vermutet hat, nun eine relativ stabile psychische Kausalattribution hat. Es zeigt sich allerdings, dass ihre Ursachenvorstellung komplexer und instabiler ist.

Die Patientin erklärt auf Nachfrage der Therapeutin, dass sie immer noch keine Klarheit über die Ursache ihrer Beschwerden hat (Z. 228-230, 252). Dabei bezieht sie sich, ohne dass sie dies explizit macht, vermutlich auf die negativen Organbefunde (dies wird auch von der Therapeutin so interpretiert, vgl. Z. 237, 239/240, 253/254). Die Therapeutin lenkt die Frage nach möglichen Ursachen stärker in eine psychische Richtung (Z. 242-246), die Patientin schildert daraufhin allerdings zunächst (in dem hier nicht dargestellten Abschnitt) ihre Pläne, ihr Leben verändern zu wollen und erklärt dann, dass sie sich seit diesem Entschluss „psychisch wunderbar“ fühlt (Z. 282). Auf Nachfrage der Therapeutin führt sie dann ihre Beschwerden auf psychische Belastungen zurück: Sie argumentiert ex negativo, dass sie, seitdem sie im Krankenhaus ist, keine schlimmeren körperlichen Beschwerden hat, da sie keinen psychischen Belastungen ausgesetzt ist (Z. 288-300). Die Therapeutin greift diese Argumentation auf und formuliert den Umkehrschluss, dass psychische Belastungen zu körperlichen Beschwerden führen. Dies wird von der Patientin nicht nur bestätigt, sie selbst realisiert sogar die Apodosis des Konditionalsatzes der Therapeutin (Z. 308).

(14) – (0080-5) „weil Klarheit hab ich doch immer noch nicht“

209 T: solln ma über die ZIEle reden?  
 210 (-)  
 211 P: j[a-  
 212 T: [o[b wir was geSCHAFFT haben?  
 213 P: [hm=hm;  
 214 P: hm=hm,  
 215 T: oder ob wir wo ganz wo ANders gelandet sind;  
 216 P: ja (.) GUT;  
 217 (---)  
 218 T: oKAY also ihr ERStes ziel war (---) dass sie KLARheit bekommen  
 219 möchten (--) über den URsprung äh i der beschwerden, (-)  
 220 T: und was zu AUFRechterhaltung der beschwerden beiträgt;  
 221 (1.43)  
 222 T: zu beginn unsrer gespräche standen sie da bei NULL, (.)  
 223 weil sie haben gesagt ich bin (-) von dem ((mikrostör.)) ziel  
 224 (---) so weit WEG wie man nur sein kann;  
 225 (1.58)  
 226 T: sind sie dem jetzt irgendwie NÄher gekommen wo sind sie denn  
 227 JETZT?  
**228 P: ich würde sagen NEIN oder,**  
**229 .h weil KLARheit hab ich doch immer noch nicht; (-)**  
**230 .h also: ich meine NICHT,**  
 231 (---)  
 232 T: sie meinen sie haben noch KEIne klarheit.  
 233 (-)  
 234 P: nein, (-)  
 235 T: hm=hm-  
 236 (-)  
 237 T: weil die ärzte ham nix geFUNDen-  
 238 (---)  
 239 T: ham sie für SICH des heißt org (-) äh organisch: i isses wies  
 240 WAR?  
 241 (-)  
 242 T: aber ham sie für SICH irgendwas äh:m (1.40) erKANNT geLERNT dass  
 243 irgendwie: es:;=

244 =was weiß ich ich will ihnen jetzt nix suggerieren aber (-) des  
245 was sie beschreiben haben dass sie SELBST dazu beitragen können  
246 dass die beschwerden etwas (--) stärker werden,  
247 (2.18)  
248 P: äh:m: DA hab ich jetzt vor: mal des Gegenteil zu probieren,  
249 T: hm=hm,  
250 P: also .h äh von dem her SCHON, hn  
251 T: [hm=hm,  
**252 P: [.h also ich hab keine KLARheit (-) [über meine beSCHWERden?**  
253 T: [also sie haben jetzt  
254 ärztlicherseits keine diagnose;  
255 T: [des is KLAR.  
256 P: [ja,  
257 T: aber JETZ gehts eher um sich se (.) für sich ganz alleine;  
258 P: j[a-  
259 T: [ob SIE irgendwie weiter gekommen sind;  
260 P: ja,  
261 joa,  
262 ich will jetzt versuchen (-) noch IRgendwas zu lernen dass mein  
263 leben n bisschen durch meinen beruf WERTvoller wird;

((19 Zeilen Auslassung))

282 P: [und seit ich (.) des VORhabe gehts mir psychisch wunderbar;  
283 (-)  
284 T: ah JA;  
285 P: hm=hm;  
286 T: un KÖRperlich?  
287 (-)  
**288 P: .hhh hh ach körperlich des muss ich erschmal SEHN;=  
289 =wenn ich ich war HIER .h vierzehn TAGE,  
290 un hab so gut wie nix gemacht wie nur AUSgeruht kann man  
291 sagen;=  
292 =[und äh keine körperlichen großen ANstrengungen,**  
293 T: [hm=hm,  
294 P: .hh und äh:m: (-) mal sehn: wie des DRAußen (-) wird?  
295 (--)  
296 P: aber äh:m: mh; (1.52) ((schluckt leise, schnalzt leicht mit der  
297 Zunge))  
298 P: .h und auch keine psychischen beLASTungen waren hier [drinnen ja  
299 T: [hm=hm,  
300 P: groß (-) also,=  
301 T: =des heißt wenn sie des so Sagen,  
302 ((räuspert sich)) ich hab sie nach körperlichen (.) beSCHWERden  
303 gefragt, (.)  
304 und sie sagen hier drinnen waren sie körperlich (-) eigentlich  
305 (.) eher (.) in RUhe? (-)  
306 T: und psychisch keine großen beLASTungen=  
**307 =das heißt (--) wenn sie psychisch belastet SIND dann- (--)**  
**308 P: KOMmen die beschwerden;**  
309 T: könnten ja auch eher wieder KOMmen;  
310 (.)  
311 P: ja des IS so;

Anhand der obigen Sequenzen wurde die Entwicklung und Instabilität von Kausalattributionen über den Verlauf mehrerer Gespräche demonstriert. Die Patientin ist anfangs von einer somatischen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt. Sie rückt im Verlauf der Gespräche allerdings von ihrer somatischen Krankheitsüberzeugung ab und bezieht psychische Faktoren in ihre Ursachenvorstellung ein. Es zeigt sich aber, dass sie sowohl ihre somatische Krankheitsüberzeugung als auch ihre psychische Ursachenvorstellung in unterschiedlichen Kontexten

unterschiedlich stabil bzw. instabil äußert. Im zweiten Gespräch (Beispiel (10)) beruft sich die Patientin auf eine organische Ursachenattribution und begründet damit ihre Forderung nach einer Kernspintomographie. Einige Zeit später im gleichen Gespräch wird sie von der Therapeutin mit einer psychosomatischen Erklärung konfrontiert (Beispiel (11)). Die Patientin besteht zwar auch in diesem Kontext auf ihrer organischen Attribution, gesteht aber psychischen Faktoren durchaus eine Rolle zu. Im vierten Gespräch (Beispiel (12)) verwirft die Patientin aufgrund eines für ihre Beschwerden irrelevanten Organbefundes zunächst ihre organische Kausalattribution und bezieht eine mögliche psychische Ursachenattribution in ihre Erklärung ein. Als die Therapeutin gezielt nachfragt, ob der Befund tatsächlich unerheblich für ihre Beschwerden ist (Beispiel (12 a)), äußert die Patientin allerdings die Befürchtung, dass die Ärzte sich irren könnten und begründet diese Befürchtung mit der Intensität ihrer Beschwerden. Im fünften Gespräch scheint es zunächst so, als habe die Patientin eine relativ stabile psychische Kausalattribution entwickelt (Beispiel (13)). Als die Therapeutin sie explizit nach der Klarheit über ihre Beschwerden fragt, gibt sie jedoch an, nach wie vor keine Klarheit über ihre Beschwerden zu haben (vgl. Beispiel (14)), auch wenn sie psychische Belastungen als eine Beschwerdeursache, zumindest aber als beschwerdeverstärkend, anerkennt.

#### **6.2.4 Zusammenfassung der Ergebnisse**

In diesem Kapitel wurde gezeigt, welche Ursachenattributionen die Patienten in den hier untersuchten Gesprächen äußern, auf welche Evidenzen sie ihre Attributionen stützen, wie sie sie argumentativ herleiten und wie sie sich im Verlauf der Gespräche entwickeln oder verändern können. Als ein allgemeines Ergebnis kann festgehalten werden, dass die Patienten nicht nur über somatische Kausalattributionen verfügen, sondern durchaus auch psychische und psychosoziale Ursachen in ihre Erklärungen einbeziehen.

Zunächst wurden verschiedene Evidenzen vorgestellt, mit denen die Patienten ihre somatischen bzw. psychischen/psychosozialen Kausalattributionen unterstützen. Für somatische Ursachenattributionen greifen Patienten z.B. auf Krankheiten in der Familie oder auf frühere parallele Krankheitserfahrungen zurück. Psychische bzw. psychosoziale Kausalattributionen werden unter anderem mit Stressbelastung, familiären oder auch finanziellen Problemen erklärt. In der Darstellung der Kausalattributionen in ihrem argumentativen Begründungszusammenhang wurde unter anderem gezeigt, dass die Krankheitsvorstellungen der Patienten durch das biomedizinische Modell beeinflusst sind (und damit auch, welches Dilemma medizinisch nicht erklärbare Beschwerden für die Betroffenen darstellen können). Zum einen zeigte sich, dass Patienten sich auf eine frühere medizinische Diagnose berufen und damit auf ei-

ner eindeutigen Zuordnung ihrer Beschwerden bestehen können, auch, um sich gegen die Kategorisierung als Simulant zu wehren (vgl. Beispiel 5). Zum anderen wurde gezeigt, dass psychische und physische Phänomene voneinander losgelöst und unterschiedlichen Bereichen zugeordnet werden, dass also ein `Entweder-oder´ etabliert wird, das auf einem dualistischen Leib-Seele-Modell basiert (vgl. Beispiel 6). In der Darstellung der Begründungszusammenhänge wurde allerdings auch demonstriert, dass Patienten nicht nur über entweder rein somatische oder rein psychische Kausalattributionen verfügen: Der Patient in Beispiel (7) vermutet aufgrund der negativen Organbefunde, dass psychische Belastungen für seine Beschwerden verantwortlich sein können, er nimmt aber an, dass seinen Beschwerden eine organische Erkrankung zugrunde liegt, die durch psychosozialen Stress verstärkt wird. In Beispiel (5) konnte auch gezeigt werden, dass die Patientin sich auf den privilegierten Zugang zu ihrer eigenen Empfindung beruft und diese Körperempfindungen den „Bagatellisierungen“ der Ärzte in Bezug auf die von ihr befürchtete (aber in Hinsicht auf eine biomedizinische Legitimation in gewisser Weise auch „gewollte“) Hirnschädigung entgegen hält (vgl. Peters et al. 1998).

Als ein besonderes Phänomen wurde der antizipatorische Einsatz von Kausalattributionen demonstriert. Es wurde gezeigt, dass Patienten ihre Ursachenvorstellungen funktional einsetzen können, um bereits im Vorfeld expliziten psychosomatischen Zuschreibungen zu umgehen. Patienten verfügen oftmals über ein `seismographisches Gespür´, das heißt sie sind sensibilisiert für psychosomatische Zuschreibungen und fassen bereits Andeutungen als eine mögliche `psychosomatische Kategorisierung´ auf. Zum einen wurde Beispiel (8) herangezogen, das zeigt, dass Patienten ihre somatische Ursachenüberzeugung einsetzen können, wenn sie mit potentiellen psychosomatischen Zusammenhängen konfrontiert werden. Zum anderen wurde gezeigt (Beispiel (9)), dass somatische Ursachenattributionen auch ex negativo präsentiert werden können, indem mögliche psychische Ursachen ausgeschlossen werden.

Abschließend wurde anhand von mehreren Sequenzen die Entwicklung und Instabilität von Kausalattributionen über den Verlauf mehrerer Gespräche demonstriert. Die Patientin ist anfangs von einer somatischen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt. Sie rückt im Verlauf der Gespräche jedoch von ihrer somatischen Krankheitsüberzeugung ab und bezieht psychische Faktoren in ihre Ursachenvorstellung ein. Es zeigt sich allerdings, dass sie sowohl ihre somatische Krankheitsüberzeugung als auch ihre psychische Ursachenvorstellung in unterschiedlichen Kontexten unterschiedlich stabil bzw. instabil äußert. Kausalattributionen können also sowohl in langfristiger als auch in kurzfristiger Hinsicht instabil sein: Zum einen können Patienten ihre ursprünglichen Ursachenvorstellungen im Verlauf ihrer Erkrankung (bzw. in diesem Fall im Verlauf der Gespräche) differenzieren, weiter entwickeln oder verwerfen. Zum

anderen können sie auch innerhalb eines Gesprächs und sogar innerhalb einer Sequenz aufgrund des spezifischen Kontextes unterschiedlich stabile bzw. instabile Ursachenvorstellungen äußern (zur Instabilität bzw. Widersprüchlichkeit von Kausalattributionen somatoformer Patienten vgl. Dao 2006; zur Kontextsensitivität von subjektiven Krankheitstheorien vgl. Birkner 2006).

In den hier untersuchten Gesprächen werden Kausalattributionen oft auf Initiative der Therapeuten explizit gemacht, z.B. durch direkte Fragen nach den Attributionen (vgl. Beispiel (9)) oder auch durch die Zielfestlegung am Anfang der Gespräche (vgl. Beispiel (6)) bzw. durch den Zielabgleich am Ende der letzten Sitzung (vgl. Beispiel (7)). Explizite (somatische) Attributionen können auch, wie subjektive Krankheitstheorien im Allgemeinen (vgl. Birkner 2006, Pomerantz 2003), funktional eingesetzt werden, um die Forderung nach einer medizinischen Untersuchung zu begründen (vgl. Beispiel (5)) oder um einen Vorschlag des Therapeuten (in diesem Fall das Führen eines Symptomtagebuchs) abzulehnen und sich damit generell gegen (angedeutete) psychosomatische Zuschreibungen zu wehren (vgl. Beispiel (8)).

## **7. Die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses in der Interaktion**

In diesem Kapitel werden zunächst drei konversationelle Verfahren vorgestellt, mithilfe derer die Therapeuten die Patienten für psychosomatische Zusammenhänge sensibilisieren bzw. ihnen auf psychosomatischen Erklärungen beruhende Modelle anbieten (Kapitel 7.1): Die so genannten Aktualisierungsfragen (7.1.1), Lokalisierungsfragen (7.1.2) und psychosomatischen Zusammenführungen (7.1.3). In Kapitel 7.2 werden Patientenreaktionen auf psychosomatische Zusammenführungen untersucht. Den Reaktionen auf Zusammenführungen ist, anders als den Reaktionen auf die Aktualisierungs- und Lokalisierungsfragen, die im Zusammenhang mit den Verfahren dargestellt werden, ein eigenes Kapitel gewidmet. Anders als in den Aktualisierungs- und Lokalisierungsfragen wird den Patienten in den Zusammenführungen eine explizite Erklärung ihrer Beschwerden angeboten; ihre Gefühle, Erfahrungen und Erlebnisse werden mit den körperlichen Beschwerden zusammengeführt. Daher kann anhand der Patientenreaktionen nachvollzogen werden, inwieweit die Patienten eine psychosomatische Erklärung für ihre Beschwerden ratifizieren oder ablehnen und damit auch, inwieweit ein psychosomatisches Krankheitsverständnis hergestellt wurde bzw., welche Probleme sich bei der Abstimmung auf ein solches Krankheitsverständnis ergeben können. Werden in den Kapiteln 7.1. und 7.2. die psychotherapeutischen Verfahren und Reaktionen der Patienten relativ isoliert analysiert, so werden in Kapitel 7.3 längere Sequenzen analysiert, an denen verdeut-

licht werden kann, wie sich die Erarbeitung des Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Erklärungen weiterentwickelt.. Psychotherapeutische Verfahren werden in den meisten Fällen weder als Paarsequenz noch als „three-part sequence“ (Buttny 1996) realisiert, sondern werden im Anschluss weiter bearbeitet und ausgehandelt (vgl. Kindt 1984; Vehviläinen 2008). Für die Analyse wurden exemplarisch zwei Verläufe ausgewählt, die sich an psychosomatische Zusammenführungen anschließen.

## 7.1 Konversationelle Verfahren der Therapeuten

In diesem Kapitel werden drei konversationelle Verfahren präsentiert, die die Therapeuten einsetzen, um die Patienten systematisch für psychosomatische Zusammenhänge zu sensibilisieren bzw. mit denen sie den Patienten psychosomatische Erklärungsmodelle anbieten. Bei der Untersuchung dieser Verfahren geht es immer auch darum, wie die Therapeuten mit dem von den Patienten angebotenen Material umgehen, welche Informationen sie aufgreifen, relevant setzen und wie sie den Patienten wiederum ihre Version des angebotenen Materials anbieten. Dieses Überführen des von dem Patienten angebotenen Materials in eine therapeutische Version wird von Buttny (1996: 126) als „one of the most artful practices of therapy“ bezeichnet (vgl. dazu auch Anderson/Goolishian 1992; Chenail/Fortugno 1995; Gale 1991). Für die nachfolgenden Analysen der psychotherapeutischen Vorgehensweise wurden drei Verfahren ausgewählt, die mit unterschiedlichen Mitteln und auf unterschiedlichen Ebenen psychosomatische Zusammenhänge etablieren.

Der Begriff `Verfahren´ ist in der deutschen Gesprächsanalyse ein gängiger Begriff für die Bezeichnung von ganz unterschiedlichen sprachlichen Handlungen<sup>59</sup>. In dieser Arbeit werden `psychotherapeutische Verfahren´ ganz allgemein als eine Gruppe von rekurrenten konversationellen Handlungen verstanden, die zielgerichtet eingesetzt werden.

Die Verfahren kommen an unterschiedlichen sequentiellen Umgebungen und in unterschiedlichen Formaten vor und unterscheiden sich z.T. stark hinsichtlich ihrer Direktheit und Elaboriertheit. Allen hier analysierten Verfahren ist allerdings gemein, dass sie körperliche Beschwerden und zum Teil auch Gefühle mit möglichen psychischen bzw. psychosozialen Ursachen in Zusammenhang bringen und dass sie von den Therapeuten auf den Patienten und seine Erfahrungen und Erzählungen bezogen werden. Die Palette der Verfahren reicht von Fragen, die auf die Aktualisierung der Gefühls- und vor allem Körperempfindungen der Patienten ausgerichtet sind, wie beispielsweise „wie gehts ihnen jetzt wenn sie das so schildern“,

---

<sup>59</sup> Vgl. z.B. Begriffe wie rhetorische Verfahren, Kontrastverfahren, Detaillierungsverfahren (vgl. Günthner 2006) oder auch Distanzierungsverfahren, Fiktionalisierungsverfahren, Kontextualisierungsverfahren (Kotthoff 2006).

die im Anschluss weiter bearbeitet werden, bis zu eher expliziten Zuordnungen wie „und dann fehlt auch der Schlaf sagten sie und des würde die Schmerzen verstärken; des gibt ja gibt ja bestimmte dinge die einfach Schmerz der da is verstärkt; kann mangelnder Schlaf sein des kann Unruhe sein des kann innerliche Anspannung sein.“

Die Verfahren werden aus Gründen der Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit einzeln dargestellt und analysiert, auch wenn dies nicht in allen Fällen der Komplexität und Kombination der Verfahren miteinander entspricht. In diesem Zusammenhang soll auch erwähnt werden, dass es sich bei den hier untersuchten Gesprächen um sehr komplexe Interaktionen handelt. Nicht nur sind die einzelnen therapeutischen Verfahren oft miteinander verkettet, sie sind oftmals auch in größere Gesprächskontexte eingebettet, die wiederum Auswirkungen auf die formale und inhaltliche Ausgestaltung der einzelnen Verfahren haben. Auch die Interaktionsgeschichte aus früheren Gesprächen wirkt sich auf die Verfahren und den sequentiellen Verlauf aus. Diesem Umstand wurde dadurch Rechnung getragen, dass die einzelnen Transkripte vor Beginn der jeweiligen Analyse kurz in den näheren Kontext eingebettet und auch in den Analysen selbst an entsprechenden Stellen bestimmte Sachverhalte erläutert werden, um so zu einem umfassenderen Verständnis der Verfahren und ihrer Bearbeitung beizutragen.

Die Anordnung der hier in den folgenden Teilkapiteln vorgestellten Verfahren ist skalar im Hinblick auf ihre Implikationen, Präsuppositionen und Explizitheit: Zunächst werden Fragen vorgestellt, die relativ offen gehalten sind, im Anschluss wird ein Frageverfahren untersucht, das bereits ein gewisses Modell impliziert. Im dritten Teilkapitel wird ein Verfahren analysiert, das nicht in Form einer Frage, sondern als Feststellung realisiert wird.

In Kapitel 7.1.1. werden so genannte Aktualisierungsfragen vorgestellt, mit denen die Patienten mit einer Frage für körperliche oder emotionale Empfindungen sensibilisiert werden sollen, die als Reaktion auf psychische Belastungen auftreten können. Dieses Verfahren hebt zudem auf eine Aktualisierung der körperlichen Beschwerden in der aktuellen Interaktionssituation ab.

Kapitel 7.1.2 behandelt die so genannten Lokalisierungsfragen. Mit diesem Frageverfahren werden die Patienten dazu aufgefordert, ihre Gefühle an einer Stelle ihres Körpers zu verorten.

In Kapitel 7.1.3 werden die so genannten psychosomatischen Zusammenführungen vorgestellt, mit denen die Therapeuten psychische oder psychosoziale Belastungen mit den körperlichen Beschwerden der Patienten zusammenführen.

Die hier untersuchten psychotherapeutischen Verfahren werden nicht von allen der an der Studie beteiligten Therapeuten verwendet und werden von den verschiedenen Therapeuten

unterschiedlich häufig eingesetzt. Sie kommen allerdings so oft und so systematisch vor, dass sie als rekurrente Muster in diesen Gesprächen angesehen werden können.

### 7.1.1 Aktualisierungsfragen

Den Kern der ersten der drei hier vorgestellten Verfahren bildet eine Frage. Im Anschluss an eine potentiell psychisch belastende Erzählung der Patienten stellen die Therapeuten z.B. die Frage „wie gehts ihnen jetzt wenn sie das so schildern“. Die Patienten sollen mit der Frage zum einen generell dafür sensibilisiert werden, Gefühle oder körperliche Empfindungen im Hier und Jetzt wahrzunehmen, wobei es, wie in den Analysen gezeigt wird, vornehmlich um die körperlichen Beschwerden geht, die den Anlass für den Krankenhausaufenthalt bilden<sup>60</sup>. Letztendlich sollen die Patienten mit dieser Frage also nicht für eine beliebige Empfindung sensibilisiert werden, sondern die Therapeuten arbeiten gezielt an einem psychosomatischen Zusammenhang von Belastung und körperlicher Reaktion. Zugleich geht es darum, mögliche Empfindungen in einer zeitlich bereits zurückliegenden Situation zu aktualisieren. Mit den Begriffen `aktualisieren´ und im Folgenden auch `Aktualisierung´ ist die Reaktivierung von Gefühlen und körperlichen Empfindungen gemeint: Eine vergangene und möglicherweise belastende Empfindung der Patienten wird in die aktuelle psychotherapeutische Situation `überführt´ und kann so im Hier und Jetzt bearbeitet werden<sup>61</sup>. Die Therapeuten und auch die Patienten stehen vor dem Problem, das Hamilton in Bezug auf die Arzt-Patienten-Kommunikation als „four-walls dilemma“ bezeichnet hat (vgl. Hamilton 2003): Da sich die Lebenswirklichkeit der Patienten hauptsächlich außerhalb der vier Wände der Praxis abspielt und die Patienten in Hausarztgesprächen in der Regel wenig Zeit haben, ihr Anliegen ausführlich zu erläutern, ist es eine Herausforderung für beide Parteien, die relevanten Anteile des Anliegens `herauszufiltern´ und zu bearbeiten. In der hier untersuchten speziellen Interaktionssituation besteht das `four-walls dilemma´ unter anderem darin, dass die Patienten ihre Beschwerden im Hier und Jetzt der psychotherapeutischen Situation eventuell nicht spüren und die Therapeuten so andere Techniken, wie z.B. Aktualisierungsverfahren einsetzen (müssen), um vergangene Beschwerdesituationen zu revozieren.

Nicht alle Aktualisierungsfragen setzen tatsächlich in der aktuellen Situation an. Einige Fra-

---

<sup>60</sup> Diesen Fragen liegen sicher auch Untersuchungen zugrunde, die zeigen, dass somatoforme Patienten Affekte oft nur schlecht wahrnehmen und ausdrücken können (vgl. Scheidt 2002: 111). Ein Ziel der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen“ ist es daher auch, die emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten und die Akzeptanz von (unerwünschten) Affekten zu fördern (vgl. Behandlungsmanual im Anhang).

<sup>61</sup> Fiehler (1990), der Sequenzen in gesprächspsychotherapeutischen Interaktionen untersucht hat, ist ebenfalls auf dieses Frageformat gestoßen. Er hat das Format allerdings nicht systematisch analysiert. Fiehler bezeichnet die Aktivitäten der Therapeuten – in seinem Korpus beispielsweise die Frage „Was empfinden sie dabei, dass Ihre Frau das denkt“ (ibid. 316f.) – als „Erlebensfokussierungen“ (ibid. 243).

gen beziehen sich stärker auf die bereits vergangene Situation wie z.B. „wie gings ihnen in dem Moment können sie sich an das Gefühl erinnern?“. Auch mit diesen Fragen wird eine Aktualisierung vollzogen, indem die Patienten ihre ehemaligen Gefühle und Körperempfindungen im Hier und Jetzt reaktivieren und artikulieren sollen. Im anschließenden Interaktionsverlauf kommt es außerdem zu `Überführungen` in die aktuelle Situation. Die Fragen können insofern der gleichen Kategorie zugeordnet werden. Da sich die Fragen initial allerdings auf verschiedene zeitliche Ebenen beziehen, sollen sie dennoch, auch terminologisch, voneinander differenziert werden:

Die Fragen, die sich direkt auf das Hier und Jetzt beziehen, werden dem `situated mode` (situierter Modus) zugeordnet, die Fragen, die ursprünglich stärker auf die bereits zurückliegende Situation abheben, werden unter dem Begriff `displaced mode` (verlagerter Modus) (vgl. Auer 1988) gefasst. Beide Typen werden als `Aktualisierungsfragen` bezeichnet.

Die Frage zur Aktualisierung und ihre weitere Bearbeitung variieren von Fall zu Fall, sie weisen im Allgemeinen aber die folgenden Merkmale auf: Die Frage ist sequentiell an spezifischen Stellen platziert: Ihr gehen Äußerungen der Patienten voraus, in denen potentiell psychisch belastende Situationen geschildert wurden. Der Patient hat im Gegensatz zu den Therapeuten einen direkten Zugang zu den erfragten Empfindungen. Die Frage ist offen gehalten, das heißt, es bleibt dem Patienten überlassen zu entscheiden, ob er sich in seiner Antwort auf eine emotionale oder eine körperliche Empfindung bezieht. Die Aktualisierungsfrage wird methodisch und zielgerichtet eingesetzt und zielt nicht nur auf eine einmalige Antwort des Patienten ab, sondern wird im Anschluss weiter bearbeitet.

Es werden zunächst Sequenzen vorgestellt, die dem situierten Modus zugerechnet werden, bevor dann auf zwei Beispiele eingegangen wird, die dem verlagerten Modus zugeordnet werden können. Im Anschluss an die Analysen werden Funktion und Merkmale der Aktualisierungsfragen sowie die Reaktionen der Patienten zusammengefasst.

In dem folgenden Beispiel gelingt es der Therapeutin, in der Interaktionssituation einen Zusammenhang zwischen der Schilderung der Patientin eines vergangenen Ereignisses und einer verstärkten körperlichen Reaktion darauf im Hier und Jetzt herzustellen.

Die Patientin hatte vor Beginn des Transkriptausschnittes von ihrer Kindheit im Krieg und von Bombardierungen berichtet, vor denen sie sich mit ihrer Mutter in einen Gewölbekeller

geflüchtet hat (Z. 01/02). Mit dem Abschluss dieser Erzählung beginnt das folgende Transkript.

(1) - (0022-1) „drückt n bissl“ –*Beschwerden im Magen-Darm-Bereich, Rückenbeschwerden*<sup>62</sup>

01 P: un mir (-) sin dann IMmer mit meiner mutter in son äh  
02 (-- ) äh (-) n geWÖLbekeller; (-)  
03 in der NÄhe; (---)  
04 da S:Aßen mer dann un.  
05 (2.37)  
06 ja-  
07 des WAR-  
08 (2.71)  
19 schon;  
10 (-)  
11 T: hm=hm,  
12 .h da komm wir vielleicht noch drauf zuR[ÜCK==  
13 P: [hm=hm,  
14 T: =ich hab da so einige punkte (so) ma (-- ) ANge(.)strichen,  
15 **wie gehts ihn: jetzt wenn sie das so: SCHILDern,**  
16 (3.34)  
17 P: also im moMEnt drückts (im TA) n bissl; (-)  
18 **T: DRÜCKT e bissche;**  
19 P: ja=a, (.)  
20 P: [hm=hm,  
21 **T: [MEHR als vorher?**  
22 (-- )  
23 P: mehr als VORher;  
24 P: [(ja);  
25 T: [ah JA; (-- )  
26 **T: das wäre zum beispiel WIChtig ( ) so AUFSchreibt;**

Die Therapeutin liefert zunächst einen gesprächsstrukturierenden Metakommentar (Z.12) und stellt dann die Aktualisierungsfrage (Z. 15). Nach einer längeren Pause (Z. 16) antwortet die Patientin und bezieht sich dabei auf eine körperliche Reaktion („also im moment drückts (im Ta) n bissl“, Z. 17). Es ist leider nicht zu verstehen, wo sie ihre Druckbeschwerden lokalisiert, es kann aber davon ausgegangen werden, dass sie sich auf die Beschwerden bezieht, wegen derer sie stationär aufgenommen wurde. Die Therapeutin wiederholt einen Teil der Patientenäußerung (Z. 18) und fordert die Patientin damit auf, ihre Antwort zu elaborieren. Die Patientin stimmt nur minimal zu (Z. 19/20), woraufhin die Therapeutin in ihrer Intervention einen Schritt weiter geht und einen Vorher-Nachher-Kontrast etabliert („mehr als vorher“, Z. 21). Zwar impliziert bereits die Aktualisierungsfrage einen Kontrast, eine Veränderung in der Empfindung, allerdings enthält die Antwort der Patientin keine wirkliche Information darü-

---

<sup>62</sup> Um das Vorgehen der Therapeuten bzw. auch die Reaktionen der Patienten in den einzelnen Interaktionssituationen besser nachvollziehen zu können, werden jeweils vor Beginn des Transkriptausschnittes die körperlichen Beschwerden der Patienten aufgeführt. Da die Beschwerden aus den Gesprächen selber rekonstruiert wurden, können zum Teil nur rudimentäre bzw. uneinheitliche Angaben gemacht werden: So können z.B. Bauchbeschwerden unter Umständen auch Reizdarmbeschwerden sein. Wenn dies allerdings nicht explizit aus den Interaktionen hervorgeht, wurde der weitreichendere Begriff „Bauchbeschwerden“ gewählt.

ber, ob sich ihre Beschwerden aufgrund der Schilderung tatsächlich verändert haben. Mit dieser expliziten Nachfrage bringt die Therapeutin diesen Kontrast an die sprachliche Oberfläche und kann eine explizite Antwort der Patientin einfordern. Die Patientin stimmt, in wortwörtlicher Wiederholung (Z. 23), zu. Die Therapeutin produziert im Anschluss zunächst einen ein „ah ja“ (Z. 25) und empfiehlt der Patientin dann, diese Beobachtungen aufzuschreiben. Damit wird zum einen die Relevanz einer solchen Beobachtung hervorgehoben, zum anderen wird auch eine zugrunde liegende Systematik einer solchen veränderten Körperreaktion verdeutlicht.

Das obige Beispiel ist das einzige in dem hier untersuchten Korpus, in dem ein Zusammenhang von der vorangehenden Schilderung und einer verstärkten körperlichen Reaktion etabliert werden kann. Die interaktive Bearbeitung ist im Vergleich zu den im Folgenden dargestellten Sequenzen minimal.

Die folgenden Beispiele sind absteigend nach dem Grad des Erfolgs der Therapeutinnen geordnet. Der Grad des Erfolgs bezieht sich auf die Reaktionen der Patienten: Empfinden bzw. aktualisieren die Patienten im Hier und Jetzt ein Gefühl oder eine körperliche Reaktion, kann die Therapeutin auf dieser Basis einen Zusammenhang von belastenden Erfahrungen und emotionalen oder physischen Reaktionen darauf elaborieren und somit zusammen mit dem Patienten an einem psychosomatischen Modell arbeiten. In den zunächst vorgestellten Beispielen erhalten die Therapeutinnen<sup>63</sup> von den Patienten noch Material, mit dem sie weiter arbeiten können, in den letzten Beispielen liefern die Patienten keine Anknüpfungspunkte mehr, so dass die Therapeutinnen den Patienten eigene Einschätzungen entgegenhalten.

In dem folgenden Beispiel nennt der Patient, anders als in Beispiel (1), auf die Frage der Therapeutin keine körperliche Reaktion, sondern ein Gefühl. Die Bearbeitung der Empfindung wird dadurch insofern aufwändiger, als die Therapeutin noch eine weitere Zwischenfrage stellen muss, um eine körperliche Reaktion zu erfragen. Diese Sequenz verdeutlicht auch noch einmal sehr eindrücklich, dass es bei diesem Verfahren letztendlich nicht darum geht, die Patienten für eine beliebige Veränderung der Empfindungen zu sensibilisieren, sondern darum, an einem psychosomatischen Zusammenhang von Belastung und körperlicher Reaktion zu arbeiten.

Vor diesem Transkriptausschnitt hat der Patient von dem Selbstmord seiner Schwester berichtet. Die Frage, ob seine Schwester und er ein enges Verhältnis hatten, verneint der Patient und begründet dies damit, das ihr Mann „so=n komischer Typ“ gewesen sei (Z. 01-13).

---

<sup>63</sup> Die hier dargestellten Aktualisierungsfragen wurden tatsächlich nur von Therapeutinnen eingesetzt. Daher wurde in diesem Teilkapitel auf das in dieser Arbeit sonst verwendete generische Maskulinum verzichtet.

(2) (0018-2) „etwas traurig“ – *Bauchbeschwerden*

01 P: ja=a eigentlich NIT so eng weil=äh: (1.0) (ja gut) ihr mann war  
02 so=n komischer TYP;  
03 (--)  
04 P: so:- (--)  
05 und mit dem konnt man=s gar nit richtig UMgehn;  
06 (-)  
07 P: der war so=n (-) egoISCHT (.) kann man sagen;  
08 T: hm=hm,  
09 P: also nur ICH und dann kommt erschtmal GAR ni[x,  
10 T: [hm=hm,=  
11 T: =hm=hm,  
12 (.)  
13 P: und dann WIEder ich und dann (-) so,  
14 T: ja=a?  
15 ja;  
16 (--)  
17 **T: und wenn sie da !JETZ! so drüber NA:CHdenken wie GEHT=s ihnen**  
18 **(da/dann)?**  
19 **also was, (---)**  
20 hm=hm,  
21 (-)  
22 **wie geht=s ihnen im moMENT wenn sie das so e (-) erzählen;**  
23 P: ja=a da bin ich SCHON etwas=äh: (.) TRAUrig;  
24 T: ja=a,  
25 ja;  
26 (-)  
27 T: is (ver uff) (-)  
28 is verSTÄNDlich,=  
29 **=.hh spürn sie das im KÖRper irgendwo jetz?**  
30 (--)  
31 P: ja,  
32 vielleICHT (ja/schon);  
33 (-)  
34 so=n DRUCK,  
35 (-)  
36 **T: spürn sie=s JETZ?**  
37 P: hm=hm,=  
38 T: =ja?  
39 (-)  
40 **T: .hh äh (-) würden sie jetz auch sagen dass die !SCHMER!zen (-)**  
41 **anders (werden/wären)?**  
42 (-)  
43 P: nee andersch NIT aber, (2.5)  
44 so=n TRAUrigsein;  
45 T: ja,  
46 (-)  
47 ja,  
48 (.)  
49 das is ja auch ganz KLAR;  
50 ja;

Da der Patient seinen Redebeitrag offensichtlich abgeschlossen hat (siehe Z. 14-16) formuliert die Therapeutin ihre Aktualisierungsfrage (Z.17/18), die sie durch das „und“ sequentiell direkt an die Schilderung des Patienten anschließt (vgl. Heritage/Sorjonen 1994). Die Therapeutin setzt zunächst dazu an, ihre Frage zu elaborieren (Z. 19), bricht dann aber ab und reformuliert die Frage (Z. 22). Anders als in der vorangegangenen Sequenz bezieht sich der Patient mit seiner Antwort nicht auf sein körperliches, sondern auf sein emotionales Empfinden („et-

was=äh: traurig“, Z 23). Dies veranlasst die Therapeutin dazu, gezielt nach einem Körpergefühl zu fragen (Z. 29), das sie durch das Demonstrativpronomen „das“ direkt auf die Traurigkeit des Patienten bezieht. Der Patient bestätigt, dass er „so=n Druck“ (Z. 34) spürt, seine Antwort ist allerdings relativ unpräzise und durch den Vagheitsmarkierer „vielleicht“ eingeschränkt. Durch ihre Nachfrage (Z. 36) versichert sich die Therapeutin, dass der Patient das Druckgefühl auch im Hier und Jetzt spürt, was der Patient minimal bestätigt (Z. 37). Auf Grundlage der vom Patienten bereits konstatierten Zusammenhänge, formuliert die Therapeutin im Anschluss eine Frage (Z. 40/41), die direkt auf eine Beziehung der vom Patienten erlebten Gefühle und den körperlichen Symptomen („Schmerzen“) abhebt, die der Grund für seinen Krankenhausaufenthalt sind. Auch hier wird, wie in Beispiel (1) noch einmal der Kontrast etabliert („dass die Schmerzen *anders* (werden/wären)“), der in der Aktualisierungsfrage bereits impliziert ist. Einen solchen Zusammenhang kann der Patient nicht bestätigen (Z. 43/44). Er bezieht sich vielmehr wieder auf seine Emotionen „(so=n Traurigkeit)“. Die Therapeutin bringt ihr Verständnis darüber zum Ausdruck (Z. 49).

Die Sequenz im folgenden Beispiel verläuft anfangs ähnlich wie in Beispiel (2). Der weitere Verlauf gestaltet sich allerdings etwas anders, unter anderem deshalb, weil die Patientin frühzeitig von sich aus bemerkt, dass sie keine Veränderung ihrer Beschwerden feststellen kann. Im Anschluss an ihre Antwort fängt die Patientin an zu weinen, was bereits mehrfach vorkam und von Therapeutin und Patientin auch in anderen Gesprächssequenzen thematisiert wurde. Die Patientin hat zuvor geschildert, dass sie ein Gefühl der Nähe und Geborgenheit in der Beziehung zu ihrer Mutter vermisst hat. Ihre Antwort in Zeile 01 bezieht sich auf die Frage der Therapeutin, ob sie sich an Momente der Nähe zu ihrer Mutter erinnern kann.

### (3) - (0037-2) „gewisse Traurigkeit“ – *anfallartiges Schwächegefühl in den Beinen*

01 P: aus MEIner erinnerung wars das EIne mal;  
 02 P: hm=hm,  
 03 (--)  
 04 P: hm=hm,  
 05 (2.5)  
 06 T: **was empFINDen sie wenn sie das (so) erzählen jetzt,**  
 07 T: ja auch ne gewisse TRAURigkeit natür[lich;  
 08 P: [hm=hm;  
 09 (3.5)  
 10 P: ((lacht, fängt an zu weinen))  
 11 P: ( [ )  
 12 T: [für MICH isses vollkommen in ordnung [frau MESSmann;  
 13 P: [<lachend> ja is  
 14 KLAR>;  
 15 P: <<lachend> aber (-) ich muss ja nachher durch die LANDSchaft  
 16 laufen>;  
 17 ((lacht ca. 4 Sekunden))  
 18 (6.0)  
 19 P: naja ( ) (-) das wird ja nichts DAMit zu tun haben;  
 20 ((lacht kurz auf))

21 T: geht (.) spürn sie denn KÖRperlich irgendwas während wir äh::  
 22 jetz (.) darüber REden?  
 23 (---)  
 24 P: in DEM sinne nich dass sich was verÄNdert;=  
 25 =ich hab natürlich ( ) dämliche RÜCKenschmerzen hier durch  
 26 die[se sache hier und  
 27 T: [durch diese STÜHle;  
 28 P: ( ) diese art SCHWÄche die da (-) irgendwie jetz immer noch IS,  
 29 T: hm=hm,  
 30 (---)  
 31 P: muss ich eben auch nochmal genau formulieren (bei) professor  
 32 FILLing die ich !FÜH!le-  
 33 (-)  
 34 P: isses n geFÜHL oder (.) also ich ich FALL jetz nich und STOLper  
 35 nich und .hh  
 36 [kann auch GEHN aber ich hab hab halt=s geFÜHL (-) (da/äh) das  
 37 T: [hm=hm,  
 38 P: is::=ich hab die KRÄFte [die ich sonst hab ja=a,  
 39 T: [die (.) diese SCHWÄche;  
 40 P: ja=a;  
 41 [.hh also is tatsächlich n gef:: is (.) des is vor allem nach  
 42 T: [und das (.) is immer noch DA;  
 43 P: diesem letzten st:ärkeren anfall [zuRÜCKgeblieben;  
 44 T: [hm=hm;  
 45 P: und das:: FÜHL ich hier halt und <<mit angestrongter Stimme> und  
 46 rutsche rum> und (.) hab so ne art HExenschuss heute da;  
 47 T: oh JE;  
 48 (--)  
 49 P: [(wird gleich) beHANDelt;  
 50 T: [und des (.) und des bleibt auch unverÄNdert so dieses  
 51 schwächegefühl;  
 52 daran ändert sich NIX;  
 53 P: darin hat sich HIER (.) nichts geändert.

Die Therapeutin überlässt der Patientin zunächst weiterhin den `floor` (Z. 02 -04). Da die Patientin ihr Rederecht offensichtlich nicht länger beanspruchen will, formuliert die Therapeutin die Aktualisierungsfrage (Z. 06). Die Frage ist etwas anders formuliert als die oben dargestellten: „was empfinden sie wenn“ statt „wie geht es ihnen wenn“, die Funktion ist jedoch identisch. Das Verb „empfinden“ impliziert allerdings eher eine emotionale als eine körperliche Reaktion. Die Patientin bezieht sich in ihrer Antwort tatsächlich auf eine emotionale Empfindung („ne gewisse Traurigkeit“, Z. 07) und fängt kurz darauf an zu weinen. Zunächst entwickelt sich eine Sequenz, in der Patientin und Therapeutin das Weinen zum Thema machen (Z. 10-20) und in der die Patientin darauf verweist, dass ihr Weinen wohl nichts mit ihrer Schilderung zu tun habe (Z. 19). Die Therapeutin fragt im Anschluss daran gezielt nach, ob sich eine körperliche Empfindung aufgrund des Gesprächsgegenstandes einstellt (Z. 21/22). Anders als in Beispiel (2) wird das von der Patientin angebotene Gefühl, die Traurigkeit, nicht als möglicher Auslöser einer körperlichen Reaktion behandelt (vgl. (2), Z. 29: „spürn sie *das* im Körper irgendwo jetz“). Die Traurigkeit wird also nicht direkt mit einer körperlichen Reaktion in Verbindung gebracht; die Verbindung bleibt, zumindest an der sprachlichen Oberfläche, eher diffus: „spürn sie denn körperlich *irgendwas*“, Z. 21. Die Patientin bezieht sich

in ihrer Antwort auf eine mögliche Veränderung der Körperempfindung, negiert dies aber: „in dem Sinne nicht dass sich was verändert“ (Z. 24) und führt ihre Äußerungen weiter fort, indem sie ihre Symptome („Rückenschmerzen, Schwäche“) allgemein beschreibt. Die Therapeutin positioniert sich während dieser Beschreibungen durch Rückmeldesignale (Z. 29, 37, 44), eine Verständnisfrage (Z. 42) und einer empathischen Interjektion (Z. 47) als Rezipientin. Sie knüpft dann aber an die Schilderung der Patientin an und hebt erneut auf eine Veränderung der Beschwerden ab (Z. 50-52), wobei sie das Symptom („Schwächegefühl“) auswählt, das der Grund für den Krankenhausaufenthalt ist. Anders als in ihren vorherigen Fragen stellt sie damit, zumindest sprachlich-explicit, keine Relation zwischen Belastung und körperlicher Reaktion her, sondern fragt eher allgemein nach, ob sich das Symptom verändern kann. Die Antwort der Patientin (Z. 53) ist verneinend und insofern ambig, als dass nicht eindeutig festzumachen ist, ob sich das „hier“ generell auf die Situation im Krankenhaus oder auf den Moment der Therapiesitzung bezieht.

In den folgenden Beispielen (4) und (5) erhält die Therapeutin bereits auf die Aktualisierungsfrage keine Antworten der jeweiligen Patienten, auf denen sie eine weiterführende Intervention aufbauen kann: Die Patienten konstatieren weder eine körperliche noch eine emotionale Reaktion. Die Therapeutin arbeitet aber auch in diesen Fällen darauf hin, die Patienten für eine mögliche Körperempfindung zu sensibilisieren.

Im Beispiel (4) wird der Patient, obwohl er angibt, keine körperliche Empfindung zu bemerken, dazu aufgefordert, einer solchen Reaktion intensiv nachzuspüren. Da der Patient trotz des „In-sich-Hineinspürens“ keine körperliche Anspannung feststellen kann, belässt die Therapeutin es zunächst dabei, kommt aber einige Minuten später im Gespräch noch einmal darauf zurück (siehe 4a).

Unmittelbar vor dem hier dargestellten Transkriptausschnitt hat der Patient von der Alkoholkrankheit seines Vaters berichtet.

#### (4)- (0014-1) „ganz normal“ - *Reizdarmbeschwerden*

987 T: ja (.) und äh waren sie da mal mit der mutter in irgendeiner  
988 beRatungsstelle oder irgendeiner stelle die ihnen da geHOLfen==  
989 =und wenn sie so ANGST hatten was haben sie in dem moment  
990 geMACHT; (.)  
991 sie hatten ja ANGST als kleines kind;  
992 (2.0)  
993 P: vielleicht dann (.) gegangen und angefangen zu WEInen  
994 T: sie [haben geWEINT?  
995 P: [also ich (.) weiß es nich mehr geNAU ob das stimmt (.) das is  
996 schon (.) LANGe her  
997 T: hm=hm  
998 P: ( )  
999 T: hm=hm (.) es gibt ja verSCHIEdene reaktionen;=gell?

1000 hm=hm (.) war das (-) das war ja sicher nich die EINzige  
1001 situation;  
1002 P: nö nö (.) ähm (--) könnt SCHON sein;  
1003 ((Mikrostörung))  
**1004 T: wie gehts ihnen JETZ wenn sie (.) daran DENken?**  
1005 (1.0)  
1006 an die situaTION (--) im BAdezimmer;  
1007 (1.0)  
1008 P: ( ) ich kann dran DENken ganz norMAL;  
**1009 T: .hh spüren sie im körper irgendwo jetzt ne ANspannung?**  
1010 P: (unverständliche Äußerung)  
**1011 T: sie sagen das so SCHNELL?**  
1012 P: also (.) ich (-) nee;  
**1013 T: hm=hm (.) wenn sie jetzt mal so die AUGen schließen und mal (.)**  
**1014 ä:hm (-) mal so an (.) MAgen DARMBereich (--) wie GEHTs ihnen da?**  
1015 (2.5)  
1016 P: <<pp> ganz norMAL weiß ich nich>  
**1017 T: sind da KEIne verkrampfungen;=hm=hm (-) ok**  
**1018 is ja SCHON ne situation die (.) bedrohlich is;=ne?**  
**1019 aber sie spüren da jetzt (.) [NICHTS**  
1020 P: [ne also ich glaub ich hab das schon  
1021 (.) verARbeitet  
1022 T: ja?  
1023 (.)  
1024 äh (.) wie ham sie das gena=was ham sie geTAN (.) das zu  
1025 verarbeiten?

Die Therapeutin stellt zuerst die Frage, ob der Patient aufgrund dieser Situation eine Beratungsstelle aufgesucht hat (Z. 987/988). Sie wartet allerdings keine Antwort des Patienten ab, sondern fragt direkt im Anschluss, was der Patient in den Momenten gemacht hat, in denen der Vater die Kontrolle über sich verloren hat. Sie bezieht ihre Frage auf die Angst des Patienten, die er zuvor (in einer hier nicht dargestellten Sequenz) als eine Reaktion auf die Ausbrüche seines Vaters genannt hatte (Z. 989-991). Der Patient markiert seine Antwort mit einer Abtönungspartikel („*vielleicht* dann gegangen und angefangen zu weinen“, Z. 993), was von der Therapeutin allerdings als Faktum behandelt wird (Z.994). Bereits bevor die Therapeutin ihren Redebeitrag beendet hat, repariert und elaboriert der Patient, mit einer überlappenden Äußerung (Z. 994/995), seine Antwort: Er macht deutlich, dass er sich bezüglich dieser Reaktion nicht mehr sicher ist und liefert eine Begründung: „das is schon lange her“ (Z.995/996). Die Therapeutin bezieht sich nicht direkt auf die Äußerungen des Patienten, sondern erklärt generalisierend, dass es verschiedene Reaktionen in einer solchen Lage gebe, und dass die von dem Patienten geschilderte Gegebenheit sicher kein singuläres Ereignis gewesen sei (Z. 999-1001). Ihre Feststellung wird vom Patienten zögerlich bestätigt (Z. 1002). An der anschließenden Aktualisierungsfrage der Therapeutin (Z. 1004) wird die Aktualisierungsfunktion besonders gut deutlich: Die Frage verlagert den Zusammenhang von einer psychischen Belastung und einer körperlichen (oder emotionalen) Reaktion in das Hier und Jetzt der Situation. Gerade in einem Fall wie diesem, in dem der Patient sich an seine Reaktion nicht erinnern kann, kann die Schilderung in dem aktuellen Moment genutzt werden, um eine Empfindung

zu aktualisieren. Die Therapeutin kann also weiter an einer psychosomatischen Beziehung arbeiten, ohne dass sie auf die damalige Situation zurückgreifen muss, an die sich der Patient nicht mehr erinnern kann. Da der Patient zunächst nicht antwortet (Pause in Z. 1005) expliziert die Therapeutin ihre Frage und nennt eine konkrete Situation (Z. 1006). Es bleibt allerdings unklar, auf welche Situation genau sie sich bezieht, da der Patient in dem aktuellen Gespräch eine solche Situation nicht angesprochen hatte. Nach einer einsekündigen Pause erklärt der Patient, dass er an diese Situation „ganz normal“ denken kann (Z. 1008) und negiert damit einen psychosomatischen Zusammenhang. Interessanterweise greift er das von der Therapeutin verwendete Verb „denken“ auf und beantwortet streng genommen nicht die Frage „wie gehts ihnen?“, sondern hebt auf eine kognitive Ebene ab. Die Therapeutin wechselt nun von dieser kognitiven Ebene hin zu einer körperlichen und fragt konkret nach, ob der Patient im Körper eine Anspannung fühlt (Z. 1009). Die Antwort des Patienten ist leider nicht hörbar, es ist aber aufgrund der Reaktion der Therapeutin davon auszugehen, dass er die Frage (vermutlich minimal) verneint. Die Therapeutin fragt nach („sie sagen das so schnell?“, Z. 1011) und fordert den Patienten damit von neuem zu einer Revision der Antwort auf. Der Patient setzt zu einer Explikation an, bricht dann aber ab und verneint seine Antwort erneut (Z. 1012). Die Therapeutin belässt es jedoch nicht dabei, sondern fordert den Patienten nun dazu auf, seiner Empfindung intensiv nachzuspüren. Sie bezieht sich direkt auf die Symptome des Patienten, aufgrund derer er ins Krankenhaus eingeliefert wurde („Magen-Darmbereich“, Z. 1014). Der Patient kann auch auf diese Aufforderung (der diesmal eine 2.5-sekündige Pause folgt, Z. 1015) hin keine Anspannung feststellen, erneut antwortet er mit „normal“ und markiert seine Unsicherheit („weiß ich nich“, Z. 1016). Trotz der mehrfachen Verneinung einer körperlichen Empfindung lässt die Therapeutin die Antwort des Patienten nicht auf sich beruhen und fragt noch einmal in einem verneinenden Frageformat nach („sind da keine Verkrampfungen“, Z. 1017). Verneinende Fragen beinhalten im Allgemeinen bereits eine bestimmte Position oder Einstellung des Fragenden (vgl. Heritage 2002: 1428). In diesem Fall bringt die Therapeutin damit ihre Vermutung zum Ausdruck, dass der Patient, trotz gegenteiliger Behauptung, eine körperliche Anspannung fühlt. Sie liefert im Anschluss einen `account` für diese Möglichkeit („is ja schon ne Situation die bedrohlich is ne?“, Z. 1018). Der Patient negiert noch einmal, in Überlappung (Z. 1019/1020), diese Nachfrage und begründet dies mit der Einschätzung, dass er das schon „verarbeitet“ (Z. 1021) habe. Die Therapeutin beendet an dieser Stelle zunächst ihre Intervention und fragt den Patienten, was er getan habe, um diese Situation zu verarbeiten (Z. 1024/1025).

Dass die Therapeutin diese Intervention nicht als erfolgreich ansieht, zeigt sich dreieinhalb

Minuten später im Gespräch, als sie erneut an einem Zusammenhang von Belastung und Körper-/Gefühlsempfindung arbeitet. Im Anschluss an die oben besprochene Sequenz haben Patient und Therapeutin darüber gesprochen, wann der Patient das letzte Mal Kontakt zu seinem Vater hatte und wie der Patient seine Geschwister während der Sorgerechtsverhandlung begleitete. Mit der Antwort des Patienten auf die Frage der Therapeutin, wie der Kontakt zum Vater aussieht, beginnt der Transkriptausschnitt.

(4a) - (0014-1) „immer noch entspannt“

1130 P: er hat mal ANgerufen aber (.) also wir hatten nich WIRKlich (.)  
 1131 versucht wieder richtig beziehung aufzubauen;  
 1132 (1.0)  
 1133 P: ab und zu mal=n TREFFen (.) NACHmittags (.) KAFFeetrinken (gehts  
 1134 irgendwie)  
 1135 T: [hm=hm,  
 1136 P: [keine WIRKliche beziehung;  
 1137 T: hm=hm, hm=hm,  
 1138 (2.0)  
 1139 <<pp> ja>  
 1140 ja jetzt sind wir schon so MITtendrin in den (-) was sie doch  
 1141 beLAsTet; gell?  
 1142 P: SCHON;  
 1143 T: von (-) in einem der drei berEiche; ne?  
 1144 (.)  
 1145 T: ja  
 1146 **wie GEHTs ihnen jetzt?**  
 1147 P: GUT;  
 1148 **T: ja?**  
 1149 **(-)**  
 1150 **so wie VORher oder ANders,=**  
 1151 P: =immer noch entSPANNT;  
 1152 **T: immer noch entSPANNT;**  
 1153 **(.)**  
 1154 **T: hm=hm?**  
 1155 **(--)**  
 1156 **ÄUßerlich ruhig (-) innerlich AUCH,**  
 1157 P: SCHON,  
 1158 T: hm=hm,  
 1159 .hh GUT ich denk (.) dann: (.) runden wer des jetzt mal (-) AB,

Die Therapeutin liefert zunächst einen Metakommentar zur Gesprächssituation (Z.1140 - 1143), der als Präsequenz für die nachfolgende Frage gesehen werden kann. Mit ihrer Äußerung zu „einem der drei Bereiche“ (Z. 1143) bezieht sie sich auf Bereiche, die der Patient zuvor als mögliche Auslöser seiner Symptome genannt hatte (neben der schwierigen Beziehung zu seinem Vater auch die schnelle Verlobung seiner Exfreundin und der Schulwechsel). Im Anschluss formuliert sie die Frage „wie gehts ihnen jetzt“ (Z. 1146). Die Frage wird nicht, wie in den Beispielen zuvor, explizit an eine bestimmte Situation oder an die vorangegangene Schilderung angeknüpft, wie z.B. „wenn Sie das erzählen“. In diesem Fall kann die Therapeutin zum einen darauf vertrauen, dass der Patient weiß, worauf sie sich mit ihrer Frage bezieht, da sie einige Minuten zuvor eine ähnliche Intervention unternommen hatte, zum anderen hat

sie die Frage prospektiv bereits durch einen Metakommentar vorbereitet. Der Patient antwortet mit „gut“ (Z. 1147), was von der Therapeutin allerdings als nicht ausreichende Antwort behandelt bzw. geradezu angezweifelt wird: Sie fragt zunächst mit „ja?“ (Z.1148) nach, und baut, da der Patient nicht antwortet, einen Vorher-Nachher-Kontrast auf (Z.1150), mit dem der Patient dazu aufgefordert wird, nicht allein von dem Status quo der Empfindung auszugehen, sondern einer möglichen, durch psychische Belastungen ausgelösten, Veränderung in seiner Empfindung nachzugehen. Der Patient antwortet mit „immer noch entspannt“ (Z.1151). Mit seiner Antwort bezieht er sich auf die Situation einige Minuten zuvor, in der die Therapeutin bereits eine ähnliche Intervention unternommen hatte: Er ist immer noch entspannt, die Situation mit seinem Vater löst also keine besonderen oder veränderten Empfindungen in ihm aus. Erneut akzeptiert die Therapeutin die Antwort nicht, sondern fordert den Patienten einerseits durch die Wiederholung seiner eigenen Äußerung und durch einen `continuer` dazu auf, seine Antwort zu elaborieren (Z. 1152/1154). Da keine weitere Ausführung des Patienten erfolgt, etabliert die Therapeutin einen weiteren Kontrast: „äußerlich-innerlich“ (Z. 1156). Sie ermuntert ihn dadurch nicht nur, noch einmal Stellung zu seinen Empfindungen zu nehmen, sondern signalisiert ihm damit auch, dass sie ihn äußerlich als ruhig wahrnimmt, dass es aber auch die „innere Seite“ gibt, die unter Umständen anders aussieht und auf die es ebenfalls zu achten gilt. Der Patient reagiert mit zurückhaltender Zustimmung („schon“, Z. 1157). Die Therapeutin beendet ihre Intervention und geht dazu über, das Ende der Therapiesitzung einzuleiten (Z. 1159).

Die folgende Sequenz (5) verläuft in einigen Punkten anders als (4), da die Therapeutin im Anschluss an die Schilderung zunächst selbst das Symptom der Patientin auf die Schilderung bezieht und die Frage nach der Empfindung nicht direkt mit der Erzählung der Patientin verknüpft. Das Beispiel wurde aber dennoch in die gleiche Kategorie mit aufgenommen, da die Bearbeitung der Antwort auf die Aktualisierungsfrage ähnlich verläuft und hier auch noch einmal die Systematik der Sensibilisierung der inneren Empfindung verdeutlicht werden kann.

Die Patientin hat vor Beginn dieser Sequenz geäußert, dass sie sich durch ihre Beschwerden („Durchfallattacken“) besser kennen gelernt hat, was die Therapeutin durch den Zusatz „die eigenen Gefühle wertschätzen“ ergänzt hat. Daraufhin hat die Patientin von ihrer Kindheit berichtet, in der der verbale oder körperliche Ausdruck von Gefühlen „außen vor“ geblieben war. Sie beendet ihre Schilderung mit der Einschätzung in Zeile 172/173.

(5) - (0107-2) „gut gut“ - Reizdarmbeschwerden

172 P: erkenn dann eigentlich erst im lauf der JAHre dass da  
173 irgendwie öh schon en MANko war;  
174 T: hm=hm,  
175 P: hm:=[hm,  
176 T: [hm-  
179 (1.0)  
180 T: das MACHT man nicht;  
181 (1.0)  
182 T: hm=hm,  
183 (1.70)  
184 T: also- (1.0)  
185 SAgen wer mal so; (--)  
186 kontROLLe, (---)  
187 kontrolLIERT sein- (---)  
188 EIN- (1.0)  
189 ein erZIEHungsziel;  
190 (---)  
191 T: Od[er?  
192 P: [hm=hm;  
193 (-)  
194 P: jaJA;  
195 T: ja?  
196 (1.12)  
197 P: hm[:-  
**198 T: und ihr symptom ist ja (-) außer kontROLLe;**  
199 (-)  
200 P: hm=hm,  
201 (---)  
**202 T: das MACHT man nicht;**  
203 (---)  
204 P: hm=hm,  
205 (2.92)  
206 P: hm=hm,  
207 (---)  
208 P: ((räuspert sich))  
209 (10.32)  
**210 T: wie GEHT=s ihn: jetzt?**  
211 (2.28)  
212 P: gut gut;  
**213 T: ja? ((lacht leise))**  
214 (--)  
215 P: (hm),=  
216 =(hm=hm),  
**217 T: innen und außen stimmt überEIN? ((lacht leise))**  
218 (1.0)  
219 P: ja;  
**220 T: [ja?**  
221 P: [kann ich SAg[en;=  
222 T: [hm=hm,  
223 P: =ja-  
224 T: hm=hm,  
225 (1.0)  
226 P: ja=a,  
227 geNAU;  
228 (-)  
**229 P: also ich hm kann JETZ glaub ich auch schon sagen dass**  
**230 es- (---)**  
**231 öhm auch n stückweit WOHLtuend is:- (-)**  
**232 son (.) son gespräch,**

Die Therapeutin paraphrasiert das Nichtzulassen der Gefühle als „Kontrolle, kontrolliert sein“ (Z. 186/187), was die Patientin bestätigt (Z. 192/194/197). Daraufhin führt die Therapeutin das Symptom (Reizdarm) auf das von der Patientin in der Kindheit gelernte Verhalten zurück bzw. macht den Kontrast des Symptoms zu dem gelernten „Kontrolliertsein“ deutlich: Das Symptom erlaubt es der Patientin, die Kontrolle aufzugeben und etwas zu tun, was „man nicht macht“ (Z. 198/202). Die Patientin bestätigt dies minimal (Z. 204/206). Es folgt eine sehr lange Pause (Z. 209), bevor die Therapeutin die Frage „wie gehts ihn: jetzt“ (Z. 210) formuliert. Anders als die in den Beispielen zuvor dargestellten Fragen wird diese Frage nicht mit dem zuvor behandelten Thema verknüpft, es wird also kein direkter Zusammenhang von einer möglichen psychischen Belastung und einer Empfindungsveränderung etabliert. Dadurch rückt das Frageformat näher an die Alltagsfrage „Wie geht es Ihnen?“, die je nach Vertrautheitsgrad der Gesprächsteilnehmer unterschiedlich beantwortet wird, im Standardfall jedoch mit „gut“ oder einer ähnlichen floskelhaften Wendung (vgl. Sacks 1975). Die Patientin behandelt die Frage auch eher als eine Alltagsfrage und antwortet mit „gut gut“ (Z. 212). Die Therapeutin greift diese Antwort mit der minimalen Nachfrage „ja?“ (Z. 213) auf. Die Patientin ratifiziert die Frage minimal. Die Therapeutin belässt es allerdings nicht dabei, sondern fragt nun nach, ob „innen und außen“ übereinstimmen (Z. 217), was die Patientin dazu auffordert, noch einmal nachzuspüren, ob sich die nach außen hin sichtbare Seite und die verdeckte innere Seite tatsächlich in Einklang miteinander befinden. Nach der Bestätigung der Patientin (Z. 219) folgt erneut eine Nachfrage (Z.220), die simultan mit einer weiteren Bestätigung der Patientin formuliert wird (Z. 220/221). Die Patientin liefert kurze Zeit später, eingeleitet mit dem Explikationsmarkierer „also“, eine Begründung für ihr Befinden: Sie beschreibt die psychotherapeutischen Gespräche als „n stückweit wohltuend“ (Z. 231). Mit dieser Begründung aktiviert sie den Topos „Über etwas Belastendes reden hilft“. Interessanterweise wird damit eine Übereinstimmung hergestellt, die von der Therapeutin so nicht intendiert war: Ging es der Therapeutin darum, die Patientin für ihre Empfindungen und einen möglichen Kontrast von nach außen sichtbarer Seite und innerer Wahrnehmung zu sensibilisieren, interpretiert die Patientin die Fragen eher als Aktivitäten, die ihr das Entlastungspotential von psychotherapeutischen Gesprächen vor Augen führen sollen, was sie mit ihrer Äußerung anerkennt.

Dass die Therapeuten in gesprächsstrukturell ganz ähnlicher Weise und unter Verwendung derselben Routineformel tatsächlich auch daran arbeiten, den Patienten das entlastende Potential von psychotherapeutischen Gesprächen zu vermitteln, soll kurz an dem folgenden Beispiel veranschaulicht werden. Diesem Ausschnitt geht eine Erzählung der Patientin voraus, in

der sie dargestellt hat, dass ihr Ex-Ehemann in der Öffentlichkeit keine Zärtlichkeiten mit ihr austauschen wollte.

(5) - (0025-2) - Leberbeschwerden

01 T: als ob er sich dafür SCHÄMT,=o[der-  
02 P: [ja=a; hhhh.  
03 T: nich dazu STEHT;  
04 (--)  
05 P: geSCHÄMT hat wahrscheinlich;  
06 T: hm=hm;  
07 (5.5)  
**08 T: wie geht es ihnen denn JETZT (.) im MOment?**  
09 (1.0)  
10 P: .hh hhhua. JETZ?  
11 die[se moMENT;  
12 T: [ja=a;  
13 T: [ja;  
14 P: [((zieht Nase hoch))  
15 (-)  
16 P: ja ich WEIß nich; (.)  
17 da liegt noch wie n STEIN hier (oder)- (-)  
18 MERKT man das bissche wie:- (-)  
19 [LEICHTer;  
20 **T: [LÖST sich wa[s?**  
21 P: [hm=hm,  
22 (.)  
23 P: geNAU;  
24 (-)  
25 P: [((zieht Nase hoch))  
26 T: [( )  
27 P: noch nich so FREI dass man kann jetzt sagen jetzt (i[sch)  
28 T: [(dass sie  
29 jetzt) [DURCHatmen  
30 P: [kann ich (.) DURCH(.)atmen oder so;=  
31 =<<p> das is es noch NICH;>  
32 (1.5)  
**33 T: ich WEIß auch nich ob wir das in diesen paar gesprächen**  
**34 HINKriegen;**  
35 (.)  
36 T: EHRlich gesagt;  
37 dazu isses wahrscheinlich zu WEnig;  
38 P: (ah ja=a;)  
39 (--)  
**40 T: aber ich ähm (1.0) ja wir können da gerne mal drüber reden ob (.)**  
**41 ob sie WEItermachen wollen;**

In dieser Sequenz wird wie in den vorangehenden Sequenzen zunächst die Frage „Wie geht es ihnen jetzt“ gestellt (Z. 08). Die Therapeutin zielt in ihren Folgeaktivitäten allerdings explizit darauf ab, die Patientin dafür zu sensibilisieren, dass das „darüber Sprechen“ entlastend sein kann: Im Anschluss an die Antwort der Patientin fragt sie gezielt nach, ob „sich was löst“ (Z.20), was von der Patientin zunächst bestätigt (Z. 23), dann aber eingeschränkt wird (Z. 27; 30/31). In ihrer Antwort macht die Patientin deutlich, dass es „noch nich so frei“ (Z. 27) ist, was sie in Zeile 31 wiederholt „das is es noch nich“. Die Entlastung ist also noch nicht so stark, dass sie „durchatmen“ (Z. 30) kann. Die Therapeutin greift dieses Konzept der Patientin

auf, macht aber deutlich, dass die Anzahl der Gespräche eventuell nicht ausreicht, um eine Entlastung zu bewirken (Z. 33/34; 36/37). Im Anschluss macht sie der Patientin das Angebot darüber zu sprechen, ob sie mit einer Psychotherapie „weitermachen“ will (Z. 41).

Dieses Beispiel zeigt, dass die Frage „wie geht es Ihnen jetzt?“ im therapeutischen Kontext ambig ist: Die Therapeuten können mit der Frage zum einen auf körperliche Beschwerden als Reaktion auf eine belastende Erfahrung abzielen, wodurch ein psychosomatischer Zusammenhang etabliert bzw. plausibilisiert wird. Zum anderen kann damit auch erfragt werden, inwieweit durch das Sprechen über belastende Ereignisse eine Entlastung eingetreten ist, wodurch die kathartische Funktion des psychotherapeutischen Gesprächs, das klassische „sich alles von der Seele reden“, relevant gesetzt wird.

An den vorangehenden Beispielen (1) bis (5) wurde gezeigt, wie die Therapeutinnen, eingeleitet durch die Frage „Wie geht es Ihnen, wenn...?“, zielgerichtet an einem Zusammenhang von psychischen Belastungen und körperlichen Symptomen arbeiten. An diese Aktualisierungsfrage wurden jeweils weitere Fragen und Verfahren angeschlossen, mit denen ein solcher Zusammenhang systematisch weiter exploriert wurde. Die Therapeutinnen haben ihren Standpunkt allerdings nicht explizit gemacht und der Patient wurde, wenn er keine Empfindungsveränderung feststellen konnte, in letzter Konsequenz als derjenige akzeptiert, der einen privilegierten Zugang zu seinen Empfindungen hat. In den beiden folgenden Beispielen nimmt die Interaktion einen etwas anderen Verlauf: Die Therapeutinnen setzen den Einschätzungen der Patienten ihre eigene Wahrnehmung entgegen.

Auch in dem nachfolgenden Beispiel hatte der Patient zunächst eine problematische Situation (die schnelle Verlobung seiner Exfreundin) geschildert.

#### (6) - (0014-1) „verarbeitet“ - *Reizdarmbeschwerden*

316 P: das war auch das LETZte was ich dann von ihr gehört hab;  
317 (---)  
318 T: ja=a,  
319 (1.5)  
320 T: **sie hatten das grade so (.) geSAGT und dann äh wie GING=s**  
321 **ihnen in dem moment wie sie das mir erzählt haben;**  
322 (1.5)  
323 P: (nich ganz ganz geNAU);  
324 (--)  
325 ja ich habs glaub ich schon verARbeitet;  
326 T: hm=hm,  
327 P: und ich bin jetzt nich SAUer auf sie oder so;  
328 T: ja, ja;  
329 P: war vielleicht schon mal n bisschen entTÄUschend so,  
330 T: ja- ja-  
331 (---)  
332 T: **ich hatte so den EINDruck dass sie da äh (.) in dem moment**  
333 **SCHON (.) etwas (.) aufgeregter waren als (.) vorher;**  
334 (.)  
335 P: ja ich war also schon irgendwie entTÄUSCHT von ihr aber das

336 (1.3) von-  
 337 wie würden SIE sich fühlen; (h)hm?  
 338 (-)  
 339 T: ja es ist SCHON, ((lacht auf))  
 340 P: ((lacht)) schon n SCHLAG-  
 341 T: ja,  
 342 ja, nach anderthalb JAHren hm=hm,  
 343 (1.3)  
 344 das is=n SCHLAG;

Die Therapeutin lässt dem Patienten noch Zeit, um weiter zu sprechen (Pausen in den Zeilen 317 und 319, Hörersignal „ja=a,“ in Zeile 318). Da der Patient sein Rederecht offensichtlich nicht länger in Anspruch nehmen möchte, setzt die Therapeutin mit ihrer Aktualisierungsfrage (Z. 320/ 321) ein. Nach einer Pause von 1,5 Sekunden drückt der Patient zunächst seine Unsicherheit über seine Gefühle aus (Z. 323). Interessanterweise geht er nicht sofort dazu über, seine Empfindungen zu schildern, sondern weist darauf hin, dass er die Situation schon „verarbeitet“ hat (Z. 325), was impliziert, dass weder die Situation als solche noch die Schilderung besondere Gefühle in ihm auslösen. Die Therapeutin quittiert dies mit einem `continuer` („hm=hm“, Z. 326), woraufhin der Patient zunächst ein mögliches Gefühl (sauer auf jemanden sein) negiert und dann, modalisierend und auf die Vergangenheit bezogen, konzidiert, dass es für ihn „vielleicht schon mal n bisschen enttäuschend so“ (Z. 329) war. Er geht mit seinen Antworten allerdings nicht auf den aktuellen Moment, das „Hier und Jetzt“ der Situation ein, sondern schildert generell seine Gefühle in Bezug auf die schnelle Verlobung der Exfreundin. Die Therapeutin lässt dem Patienten zunächst Raum, um weiter zu sprechen (Z. 330/331). Der Patient fährt mit seiner Schilderung jedoch nicht fort. Daraufhin konfrontiert die Therapeutin ihn mit ihrer eigenen Wahrnehmung seiner Reaktion: „ich hatte so den Eindruck dass sie da äh in dem Moment schon etwas aufgeregter waren als vorher“ (Z. 332/333). Ihre Einschätzung steht im Gegensatz zu der Einschätzung des Patienten und stellt diese infrage. Die Bemerkung der Therapeutin ist in epistemischer Hinsicht besonders interessant: Die Aktualisierungsfrage kann als eine `B-event`-Frage gesehen werden, das heißt der Patient hat einen privilegierten Zugang, einen `first-order access` (vgl. Heritage/Raymond 2005: 17), zu den Empfindungen, auf die die Frage abhebt und kann somit als `best source` (vgl. Pomerantz 1984b) gelten. Letztlich können alle der hier beschriebenen therapeutischen Verfahren als `B-event-statements` (vgl. Labov/Fanshel 1977) konzeptualisiert werden, da sie Aussagen über Ereignisse etc. treffen, zu denen die Patienten einen privilegierten Zugang haben. Die Aktualisierungsfrage ist insofern besonders, als sie auf die Empfindung und die Gefühle der Patienten abzielt. Gefühle gelten als „archetypical private experiences“ (vgl. Parkinson/Manstead 1993). Der Patient kann daher Glaubwürdigkeit beanspruchen, und zwar erst

einmal unabhängig von der tatsächlichen Validität seiner Aussage (vgl. Pomerantz 1984b: 614). Genau diese Validität zweifelt die Therapeutin mit ihrer eigenen Einschätzung an. Die Einschätzung in diesem Kontext ist insofern besonders, als die Therapeutin nicht nur eine Aussage über den Gesprächspartner trifft, sondern diese systematisch einsetzt, um der Patientenäußerungen einen eigenen Eindruck entgegenzusetzen und somit ultimativ die Äußerungen der Patienten infrage zu stellen. Gertler (2008, 1.2.2), macht deutlich, "that in ordinary conversational contexts self-attributions enjoy a presumption of truth, and it is unreasonable or improper for others to gainsay them". In einem Alltagsgespräch, selbst zwischen intimen Freunden, kann eine solche Bemerkung tatsächlich als problematisch bewertet und auch markiert werden, z.B. können Sprecher ihre Äußerungen sukzessive deskalieren und somit den Anspruch über das Wissen über den Interaktionspartner minimieren (vgl. Staske 2002: 255). In dem spezifischen psychotherapeutischen Setting scheint eine solche Einschätzung aufgrund der Expertenrolle der Therapeutin unproblematisch zu sein. Weder deskaliert die Therapeutin ihre Äußerung, noch wird sie vom Patienten explizit als unangemessen bewertet. Der Patient geht in seiner darauf folgenden Äußerung nicht direkt auf die Feststellung der Therapeutin ein: Er wiederholt seine vorangegangene Äußerung und bezieht sich wiederum auf sein generelles Gefühl („ja ich war also schon irgendwie enttäuscht von ihr aber das“, Z.335). Er „spielt“ im Anschluss den Ball an die Therapeutin zurück, indem er sie (rhetorisch) fragt, wie sie sich in einer solchen Situation gefühlt hätte. Durch diese Frage normalisiert er einerseits seine Enttäuschung in der Situation, andererseits führt er die Therapeutin in gewisser Weise vor: Enttäuschung ist in einer solchen Situation normal, jeder (auch die Therapeutin) würde ähnlich empfinden. Dieses Gefühl ist also nicht außergewöhnlich und muss deshalb in der therapeutischen Sitzung auch nicht so intensiv bearbeitet werden, wie es die Therapeutin mit ihren Verfahren getan hat. Die Situation wird kooperativ aufgelöst: Die Therapeutin fängt an, einen Satz zu formulieren, bricht dann zunächst ab und lacht, so dass der Patient, ebenfalls lachend, ihren Satz beendet („schon n Schlag“, Z. 340), was von der Therapeutin wiederum aufgegriffen wird und im weiteren Interaktionsverlauf als Anknüpfungspunkt für eine weitere therapeutische Intervention genutzt wird.

In dem folgenden Beispiel steht das Gefühl der Patientin im Vordergrund. Anders als in der obigen Sequenz formuliert die Therapeutin keine sich zu der Empfindung der Patientin konträr verhaltende Einschätzung, sondern liefert vielmehr eine Verstärkung dieser Empfindung. Dennoch wird auch in diesem Fall der privilegierte Zugang der Patientin zu ihren eigenen Gefühlen infrage gestellt.

Die Patientin hat vor Beginn dieser Sequenz davon berichtet, dass ihre Schwester das Haus ih-

rer Eltern verkauft hatte, den Erlös daraus zum Teil für sich behalten und den Rest an den gemeinsamen Bruder und den Großonkel verteilt hatte.

(7) - (0025-2) „alles so leer“ - *Leberbeschwerden*

01 T: und SIE?  
02 (.)  
03 P: NICHTS;  
04 (.)  
05 P: NICHTS;  
06 T: hm=hm,  
07 (1.2)  
08 P: NICHTS überHAUPT nichts;  
09 (2.5)  
10 P: ja und dann haben sie [das HAUS-  
11 T: **[was FÜHlen sie wenn sie das erzählen?**  
12 P: hhh. aja hhh. (.) ich bin (.) das is alles so LEER;  
13 (5.5)  
14 T: **ich (.) hab den eindruck s:: (.) das is n tiefer SCHMERZ;**  
15 (5.0)  
16 P: .hh (.) tja;  
17 (---)  
18 weil (-) die mutter LEBT noch und die mutter kann entSCHEIden was  
19 sie macht;  
20 T: hm=hm;  
21 T: das sagt jetzt ihr KOPF;  
22 (---)  
23 P: das:: sagt nich nur I: (.) äh ICH;  
24 (-)  
25 P: das hat (.) auch mein MANN immer gesagt;=  
26 =du: (.) d du darfst (.) das nich so SEHN;=  
27 =die MUTter (.) das is noch (.) gehört das HAUS (.) deiner  
28 MUTter;  
29 und die [kann machen mit dem haus was se WILL;  
30 T: [hm=hm,  
31 T: JA=a;  
32 (-)  
33 und sie dürfen aber auch geFÜHle haben;  
34 (1.2)  
35 P: .hh (ja/wer)  
36 (---)  
37 T: darf man da nicht entTÄUSCHT sein?=  
38 =Wütend sein?  
39 (.)  
40 P: doch (.) entTÄUSCHT schon;=  
41 =deswegen [kann ich bis HEUTE (.) eh meine geschwister nich  
42 T: [hm=hm;  
43 P: ver[zeihen.  
44 T: [hm=hm;

Im Anschluss an die Schilderung der Patientin fragt die Therapeutin mit „und sie“ (Z. 01) nach, was die Patientin von dem Erlös erhalten hat. Die Patientin antwortet sehr emphatisch, dass sie nichts bekommen hat (Z. 03,05,08) und geht dann dazu über, mit ihrer Schilderung fortzufahren. Die Therapeutin unterbricht sie jedoch und fragt, was die Patientin fühlt, wenn sie „das erzählt“ (Z. 11). Hier wird deutlich, dass die Bearbeitung des Gefühls in diesem Mo-

ment Vorrang vor der Schilderung der Patientin hat. Die Therapeutin setzt ihre Aktualisierungsfrage systematisch in einem Moment ein, in dem die Patientin emotional reagiert. Die Frage bezieht sich explizit auf das Gefühl, ist also nicht so offen gehalten wie die Frage „Wie geht es Ihnen?“. Die Patientin liefert in ihrer Antwort allerdings kein Gefühl, sondern umschreibt ihre Empfindung mit den Worten „das is alles so leer“ (Z. 12), was durch das auffällige Ein- und Ausatmen zu Beginn ihres Turns untermalt wird. Nach einer längeren Pause ergreift die Therapeutin das Rederecht und setzt dem Gefühl der Leere, das die Patientin angeboten hat, das Gefühl „tiefer Schmerz“ (Z. 14) entgegen. Mit ihrer Einschätzung verstärkt die Therapeutin die Äußerung der Patientin, „tiefer Schmerz“ ist ein wesentlich stärkeres Gefühl als das von der Patientin angebotene Gefühl der Leere. Wie auch in Beispiel (6) wird die Validität der Aussage der Patientin durch diese Entgegnung angezweifelt und sie wird als ‚best source‘ ihrer eigenen Empfindungen infrage gestellt. In ihrer Antwort, die erst nach 5 Sekunden Pause erfolgt, bezieht sich die Patientin allerdings nicht auf ihr Gefühl, sondern hebt auf eine sachliche Ebene ab. Interessanterweise leitet sie ihren Turn mit dem Kausalmarker „weil“ ein und schließt damit ihren Redebeitrag syntaktisch an die Äußerung der Therapeutin an. So erscheint ihre Äußerung oberflächlich als eine Begründung für die Einschätzung der Therapeutin und somit auch als eine Ratifizierung. Semantisch allerdings ist ihre Äußerung nicht kohärent zu dem vorangegangenen Turn. Denkbar ist, dass die Patientin einige ihrer Gedanken nicht verbalisiert hat und mit diesem kausalen Nebensatz ihre eigene Einstellung zu dem Hausverkauf begründet wie zum Beispiel: „*Ich kann es mir nicht erlauben, Gefühle im Hinblick auf den Hausverkauf zu haben...*weil die Mutter lebt noch und die mutter kann entscheiden was sie macht“ (Z. 19). Die Therapeutin unternimmt im Anschluss noch einige Versuche, die darauf abzielen, die Patientin mit ihren Gefühlen zu konfrontieren (Z. 21, 33, 37/38), auf die hier aber nicht weiter eingegangen werden soll.

Mit den bisher beschriebenen Aktualisierungsfragen wurden die Patienten direkt dazu aufgefordert, zeitlich zurückliegende Empfindungen zu aktualisieren und ihren Empfindungen im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation nachzuspüren. Sie wurden deshalb dem ‚situated mode‘ zugerechnet. Im Folgenden wird eine Variante dieser Frage dargestellt, die dem ‚displaced mode‘ zugeordnet wird. Mit dieser Frage werden die Patienten zwar auch für eine zeitlich zurückliegende Empfindung sensibilisiert, die Empfindung wird zunächst allerdings nicht in das Hier und Jetzt transportiert, sondern wird stärker auf die damalige Situation bezogen (vgl. Beispiel 9 unten: „wie gings ihnen in dem Moment können sie sich an das Gefühl erinnern?“). Um diese Differenzierung auch terminologisch zu erfassen, wurden, wie oben bereits erwähnt, die Begriffe ‚situated mode‘ (situerter Modus) und ‚displaced mode‘ (verlager-

ter Modus) eingeführt. Diese Begriffe gehen auf Auer 1988 zurück und werden, in Bezug auf die Teilnehmerperspektive, wie folgt definiert:

By using the [situated] mode, coparticipants construe around them the social territory on which they interact and which is defined by an area of immediate sensual accessibility. By using the [displaced] mode, participants allude to, rely upon, constitute, make relevant etc. elements of knowledge that cannot be taken from the visual surroundings but, as part of (generic or specific) social knowledge, have to be taken from memory (Auer 1988: 280).

Chafe (1994) nimmt eine ganz ähnliche Differenzierung vor. Er unterscheidet zwischen dem 'immediate mode' und dem 'displaced mode'. Der 'immediate mode' ist für ihn ein Modus, an dem alle Konversationsteilnehmer im aktuellen Moment teilnehmen (Chafe führt ein Beispiel über das Essen auf einer Dinnerparty *während* der Dinnerparty an; das, worüber gesprochen wurde, befindet sich also, sowohl räumlich als auch zeitlich, im unmittelbaren Wahrnehmungsbereich der Teilnehmer). Der 'displaced mode' hingegen bezieht sich auf etwas, was zeitlich (oder auch räumlich) schon länger zurückliegt oder erst noch stattfinden wird; etwas also, was dem unmittelbaren Wahrnehmungsbereich der Interaktanten entzogen ist (ein Beispiel von Chafe ist das Sprechen über eine Stadt, in der man einmal gelebt hat, jetzt aber nicht mehr lebt). In Bezug auf die hier beschriebenen Fragen findet sich allerdings noch die Besonderheit, dass die Patienten im Gegensatz zu den Therapeuten im Hinblick auf das Wissen über die Situation und ihre Empfindungen in der Situation einen direkten Zugang ('first order access') haben, die Patienten also auch im 'immediate mode' einen privilegierten Zugang zu ihren Empfindungen geltend machen können.

Für die hier analysierten Fragen werden die Begriffe folgendermaßen verwendet: Die oben beschriebenen Fragen werden dem 'situated mode' zugerechnet. Sie beziehen sich zwar auf eine Situation, die zeitlich bereits zurückliegt, sie transportieren diese aber in die unmittelbare therapeutische Situation. Die im Folgenden beschriebenen Fragen sind ebenfalls auf vorangegangene Situationen bezogen, sie aktualisieren die Empfindung der Patienten allerdings, zumindest initial, nicht so stark, sondern verbleiben zunächst in der vergangenen Situation und werden daher dem 'displaced mode' zugeordnet. Diese Differenzierung soll jedoch nicht als strikte Trennung verstanden werden, da die Patienten auch mit den Fragen im 'displaced mode' zu einer Aktualisierung ihrer Empfindungen aufgefordert werden und zum anderen der weitere Interaktionsverlauf oftmals in den 'situated mode' übergeht.

Für die Analyse wurden zwei Beispiele ausgewählt. In dem ersten Beispiel geht die Therapeutin nach der Realisierung der Aktualisierungsfrage im verlagerten Modus dazu über, eine generalisierende Aussage über die körperliche Reaktion der Patientin zu treffen, die über die zuvor angesprochene vergangene Situation hinausweist. In dem zweiten Beispiel geht die The-

rapeutin in den situierten Modus über und transportiert die zurückliegende Situation in das Hier und Jetzt.

Vor der folgenden Sequenz hat die Patientin berichtet, dass ihr Ehemann, der nicht der Vater ihrer Kinder ist, kein Verständnis dafür hat, dass sie viel Kontakt zu ihren Kindern hat und diese oft auch nach Hause einlädt. Das Transkript setzt mit einer zweiten Beispielerzählung der Patientin ein.

(8)- (0025-1) – „paar mal hab ich mich dann angezogen“ – *Leberbeschwerden*

01 P: oder wenn ich jetzt was (-) gekOCHT hab und hab (.) hab gesagt (-)  
02 melanie komm ma vorBEI, (--)  
03 und dann kam (-) die (.) die (-) die war schon wie uff die  
04 oa=hoeiße KOHle;=  
05 =hat se immer gesagt (.) vielleicht soll ich DOCH gehe vielleicht  
06 soll ich DOCH gehen weil (.) wenn er jetzt KOMMT,=  
07 =.hhah NEE hab ich sagt LASS ma aber-  
08 .h (.) MIR wal (.) alles hier so (-) wie:-  
09 T: so wie [( )  
10 P: [verSCHNÜRT;=  
11 =dacht ich [wir (.) wie reagIEre;  
12 T: [hm=hm;  
13 P: .hhh (.) wenn (.) REINKam und die saß DA und dann hat gesehen  
14 ich: (.) KOCH was .hh da hat er den TOPF genommen (-) und ant  
15 (.) toiLETte rein(geschiebt), (--)  
16 vorBEI (.) WEG;=  
17 T: =wenn sie für die TOCHter und sich (-) was [gekocht?  
18 P: [ja für UNS;=  
19 =dacht ich wir [machen uns ne schöne abend zum DRITT (.) zu  
20 T: [ja=a;  
21 P: DRITT,=  
22 P: =[ist die TOCHter nich so einsam;=  
23 T: [ah ja;  
24 P: =nich so al[LEIN;  
25 T: [wie wie: (.) wie isses ihnen da geGANgen?=  
26 =we wenn er so:: eh s[o ( )  
27 P: [ja paar mal hab ich mich dann ANgezogen und  
28 bin mit die tochter WEGgegangen, hh.  
29 aber dann bin ich wieder HIN[gerannt wie verrückt;  
30 T: [hm=hm,  
31 P: ich WEIß nich;  
32 T: also KÖRperlich ham sie gesagt hats ih:nen (.) hatten sie da noch  
33 son DRUCK?  
34 T: [so ham sie=s auch be[SCHRIEben;  
35 P: [IMmer [stand immer HIER;  
36 T: auch diese [WEIHnachten sylVESTER was sie ohne die tochter  
37 P: [.hhh  
38 T: verbring[en (.) hatten [sie auch so:n (.) [DRUCK son STEIN auf  
39 P: [geNAU; [IMmer [immer HIER;  
40 T: der brust;=ne?  
41 P: geNAU;  
42 T: also sie sie reagIERen (-) dann auch (.) also sie merken das  
43 stark KÖRperlich wenn ih[nen das zuset[zt;  
44 P: [ja geNAU; [GLEICH;

Die Patientin erzählt, dass ihre Tochter sich unter Druck fühlt, wenn sie bei ihr zu Besuch ist, da sie weiß, dass der Ehemann der Patientin den Besuch ihrer Kinder nicht akzeptiert (Z. 01-

07). Sie berichtet weiterhin, dass ihr Ehemann das Öfteren das von ihr zubereitete Essen in der Toilette entsorgt hat, wenn er die Tochter zuhause beim Abendessen angetroffen hat (Z.13-16). In diesem Zusammenhang weist die Patientin auch darauf hin, dass sie selbst sich „wie verschnürt“ (Z. 10) gefühlt hat. Die Therapeutin unterbricht die Patientin in ihrer Erzählung und stellt eine verlagerte Aktualisierungsfrage (Z.25/26). Die Patientin bezieht sich in ihrer Antwort allerdings nicht auf ihre Empfindungen, sondern schildert ihr Handeln (Z. 27-29). Daraufhin konfrontiert die Therapeutin die Patientin mit der von ihr zuvor selbst beschriebenen körperlichen Reaktion auf solche Situationen (Z.32/33) und bezieht weitere Situationen („Weihnachten, Sylvester“) mit ein, in der die Patientin ebenfalls „son Druck son Stein“ auf der Brust fühlt (Z. 36-40). Die Patientin bestätigt dies intensiv (Z. 35,39,41), woraufhin die Therapeutin ihre vorherige Aussage reformuliert und generalisiert (Z. 42/43) und damit die Empfindungen der Patientin in der zurückliegenden Situation, in dem verlagerten Modus, auf eine allgemeingültigere Ebene hebt. Auch dieser Generalisierung stimmt die Patientin zu (Z. 44).

Dem nächsten Beispiel vorangegangen ist die Erzählung des Patienten über seinen inzwischen von der Familie getrennt lebenden Vater, der sehr cholerisch war. Unmittelbar vor dem folgenden Ausschnitt schildert der Patient eine Situation, in der der Vater einer Puppe den Kopf abgerissen hat.

(9)- (0014-1) „Angst“ – *Reizdarmbeschwerden*

945 P: das (-) is mir LETZtens mal wieder eingefallen irgendwie?  
 946 T: hm=hm  
 947 P: und ich hab geDACHT das-  
 948 T: ja (-) da waren sie ja (.) KLEIN ne,  
 949 wie=wie alt WÄren sie etwa?  
 950 P: ((pustet aus))  
 951 (Patient antwortet etwas Unverständliches, vermutlich aber, dass er  
 952 sechs Jahre alt war)  
 953 T: sechs JAHre?  
 954 hm=hm (-)  
 955 da kamma des ja noch nicht so verARbeiten; ne?  
 956 (1.0)  
**957 T: wie ging=s ihnen in dem moment können sie sich an das geFÜHL**  
**958 erinnern [oder-**  
 959 P: [ANGST;  
 960 T: ANGST ja?  
 961 hm hm=hm; (.)  
 962 hatte der vater Alkohol getrunken oder DROgen genommen?  
 963 P: ja=a er hat ALkohol zu sich genommen gehabt aber (.) soweit ich  
 964 weiß hat er=s jetzt NICH mehr;  
 965 T: hm=hm,  
 966 P: also ich hab überhaupt keinen kontAKT zu ihm ich weiß es nich  
 967 T: hm=hm (.) hat er DROgen genommen?  
 968 (2.0)  
 969 P: <<p> hm keine AHnung also->  
 970 T: WISSen sie nicht;  
 971 P: kann ich mir aber nich VORstellen;

Nachdem die Therapeutin geklärt hat, wie alt der Patient während der cholerischen Ausbrüche seines Vaters war (Z. 948-953), weist sie darauf hin, dass man in diesem Alter, mit sechs Jahren, solche Ausfälle „noch nicht so verarbeiten“ kann (Z.955). Da der Patient nicht darauf eingeht, stellt die Therapeutin eine Aktualisierungsfrage im verlagerten Modus und fragt explizit nach, ob der Patient sich noch an diese Situation erinnern kann (Z.957/958). Der Patient antwortet, dass er Angst hatte (Z. 959). Anders als bei vielen anderen Verläufen nach Aktualisierungsfragen arbeitet die Therapeutin zunächst nicht an einem Zusammenhang von Gefühlen und einer körperlichen Reaktion darauf, sondern exploriert zunächst, ob der Vater alkohol- oder drogenabhängig war. Der folgende, hier nicht mehr aufgeführte Gesprächsverlauf wird zunächst unterbrochen, da das Mikrofon einen Wackelkontakt hat und Therapeutin und Patientin überlegen, wie man diesen beheben könnte. Die Therapeutin kommt dann aber wieder auf die cholerischen Ausbrüche des Vaters zurück und fragt nach, was der Patient gemacht hat, wenn er Angst hatte (zu einer ausführlicheren Analyse des sich anschließenden Verlaufs vgl. Beispiel (4) dieses Kapitels). Der Patient kann sich nicht mehr im Einzelnen daran erinnern, so dass die Therapeutin dazu übergeht, eine Frage im situated mode zu stellen („wie gehts ihnen jetzt wenn sie daran denken? an die Situation im Badezimmer;“). Gerade in Fällen, in denen sich Patienten nicht mehr an zurückliegende Situationen erinnern können, kann die Aktualisierungsfrage im situierten Modus genutzt werden, um eine Empfindung zu aktualisieren. Die Therapeutin kann also weiter an psychosomatischen Zusammenhängen arbeiten, ohne auf die damalige Situation zurückgreifen zu müssen.

### *Zusammenfassung der Funktion und Merkmale der Aktualisierungsfragen*

Funktion:

- Die Frage wird methodisch und zielgerichtet eingesetzt, um die Patienten dafür zu sensibilisieren, Gefühle oder körperliche Empfindungen wahrzunehmen, die als Reaktion auf psychische Belastungen auftreten können.
- Körperreaktionen und die Beschwerden, wegen denen die Patienten im Krankenhaus sind, stehen im Mittelpunkt des Verfahrens.
- Es geht im Besonderen darum, mögliche körperliche Empfindungen in einer zeitlich bereits zurückliegenden Situation zu aktualisieren: Die damalige, möglicherweise belastende, Empfindung der Patienten wird in die aktuelle psychotherapeutische Situation `überführt´ und kann so im Hier und Jetzt bearbeitet werden.
- Die Patienten werden dazu aufgefordert, selber einen Zusammenhang von Gefühlen und körperlichen Beschwerden herzustellen.

- Mithilfe der Reaktionen der Patienten können die Therapeuten die Einstellung der Patienten zu ihren Beschwerden eruieren und sie können auf dieser Basis (Zustimmung oder Ablehnung der Patienten) weiter an psychosomatischen Zusammenhängen arbeiten.

#### Interaktive Merkmale:

- Die Frage ist sequentiell an spezifischen Stellen platziert: Ihr gehen Äußerungen der Patienten voraus, in denen potentiell psychisch belastende Situationen geschildert wurden.
- Durch die Frage werden die vorangegangenen Schilderungen der Patienten zu therapeutisch relevantem Material.
- Die Frage zielt nicht nur auf eine einmalige Antwort des Patienten ab, sondern wird im Anschluss weiter bearbeitet. Der Antwort des Patienten folgen systematisch Nachfragen der Therapeuten, die zu einer längeren Bearbeitungssequenz führen.

#### Inhaltliche Merkmale:

- Die Frage ist offen gehalten, das heißt, es bleibt dem Patienten überlassen zu entscheiden, ob er sich in seiner Antwort auf eine emotionale oder eine körperliche Empfindung bezieht.
- In einigen Fällen wird durch die Anbindung eines temporalen Nebensatzes eine direkte Relation zwischen der Frage und der Schilderung des Patienten etabliert.
- In den Fragen im `situated mode` verankert das Deiktikum „jetz“ die Frage im Hier und Jetzt der Situation.
- Die Frage beinhaltet einen Kontrast: Sie impliziert, dass die Schilderung der Patienten bzw. die in der Vergangenheit liegende Situation eine Veränderung in der Empfindung zur Folge haben kann. Das heißt also zum einen, dass sich die Empfindung der Patienten im Hier und Jetzt der therapeutischen Situation durch ihre Erzählung einer potentiell belastenden Situation verändern kann, sie fühlen sich also eventuell anders als vor der Erzählung. Zum anderen beinhaltet die Frage auch insofern einen Kontrast, als die in der Vergangenheit liegende Situation eine Veränderung in der Empfindung auslösen kann, das heißt also, dass die Patienten sich vor diesem besonderen Ereignis eventuell anders gefühlt haben als während oder nach diesem Ereignis.
- Die Aktualisierungsfrage kann als eine `B-event`-Frage gesehen werden, das heißt der Patient hat einen privilegierten Zugang zu den Empfindungen, auf die die Frage ab-

hebt. Allerdings wird dieser privilegierte Zugang, wie oben gezeigt, von den Therapeuten zum Teil angezweifelt.

### *Zu den Reaktionen der Patienten*

An den Reaktionen der Patienten fällt auf, dass diese selten die von den Therapeuten evozierten Zusammenhänge von Gefühlen/Belastungen und einer körperlichen Reaktion feststellen können. Die Patienten können zwar zum Teil ein Gefühl ausmachen, das sie während bzw. aufgrund ihrer Schilderungen spüren, teilweise können sie dieses Gefühl auch körperlich feststellen, eine Veränderung oder Verstärkung ihrer eigentlichen Beschwerden können sie jedoch nicht spüren. Zum Teil geben die Patienten an, weder eine emotionale noch eine körperliche Veränderung ihrer Beschwerden zu spüren. Auch auf Nachfrage der Therapeuten oder auf die Aufforderung, in den Körper hineinzuspüren, können die Patienten keine qualitative oder quantitative Änderung ihrer Beschwerden festmachen.

Eine Ursache für den geringen „Erfolg“ der Fragen ist möglicherweise das lineare Modell, das den Verfahren zugrunde liegt. Die Aktualisierungsfragen operieren mit einem einfachen Reiz-Reaktions-Modell: Ein Gefühl bewirkt eine körperliche Reaktion. Die Patienten können ein solches Gefühl aber selten mit ihren tatsächlichen körperlichen Beschwerden zusammenbringen. Ihre Beschwerden sind oft komplex, teilweise auch diffus und nicht selten chronisch und lassen sich nicht (immer) auf ein einziges Gefühl oder eine spezifische belastende Situation zurückführen. Das psychophysiologische Modell als solches wird akzeptiert, die eigentlichen Beschwerden aber lassen sich, zumindest für den Moment, nicht in dieses Modell einordnen.

### **7.1.2 Lokalisierungsfragen**

Auch das im Folgenden vorgestellte Verfahren besteht aus einer Frage. Die Therapeuten fordern die Patienten mit Fragen wie zum Beispiel „wo sitzt die Angst bei ihnen“ oder „wo gehen die dann hin die Gefühle“ dazu auf, einen Ort im Körper zu benennen, an dem sie ihre Gefühle empfinden. Gefühle werden also als Phänomene konzeptualisiert, die im Körper lokalisiert sind. Die Fragen werden daher im Folgenden als ‚Lokalisierungsfrage‘ bezeichnet. Wie auch bei den oben dargestellten Aktualisierungsfragen bzw. der sich anschließenden Bearbeitung versuchen die Therapeuten, einen Zusammenhang von Gefühlen und den konkreten Beschwerden herzustellen, die den Grund des Krankenhausaufenthaltes der Patienten darstellen. Anders als die Aktualisierungsfragen beinhalten die Lokalisierungsfragen allerdings bereits initial eine stärkere Präsupposition: Es wird von vornherein impliziert, dass Gefühle einen Platz im Körper haben bzw. sich körperlich ausdrücken. Interessanterweise benennen die

Therapeutinnen den Körper, zumindest in der Ausgangsfrage, nicht explizit. Dennoch führt diese implizite Referenz nicht zu Verständnisproblemen. Die Referenz scheint aufgrund des spezifischen Settings für beide Parteien eindeutig zu sein. Das psychosomatische Konzept - Gefühle „sitzen“ im Körper bzw. „gehen“ in den Körper hinein - wird metaphorisch gefasst: Den Gefühlen werden quasi-humane Attribute zugeschrieben. Sie werden zu Aktanten, die im Körper lokalisiert werden können. Diese Konzeptualisierung von Gefühl und Körper orientiert sich an einem eher eindimensionalen und monokausalen psychosomatischen Konzept, da die Gefühle als mögliche Verursacher der physiologischen Störungen aufgefasst werden.

Wie die Aktualisierungsfrage variiert die Lokalisierungsfrage in ihrer inhaltlichen und formalen Ausgestaltung. Die folgenden Merkmale sind ihnen allerdings gemein. Mit der Frage soll ein Zusammenhang von Gefühlen und Körper hergestellt werden, wobei Gefühle als Phänomene konzeptualisiert werden, die im Körper lokalisiert sind. Auch haben die Patienten, wie dies bereits anhand der Aktualisierungsfragen gezeigt wurde, im Gegensatz zu den Therapeuten einen direkten Zugang zu den erfragten Gefühlen und körperlichen Empfindungen

Zunächst werden drei Ausschnitte vorgestellt, anhand derer zum einen das Verfahren grundsätzlich veranschaulicht werden und die referentielle Vagheit illustriert werden kann. Im Anschluss an diese Beispiele werden mehrere Sequenzen innerhalb einer Sitzung analysiert (4-4d), an denen zum einen die Zielgerichtetheit der Therapeutin aufgezeigt wird, zum anderen auch die Probleme deutlich gemacht werden können, die das Verfahren mit sich bringen kann. Im Anschluss an die Analysen werden Funktion und Merkmale der Lokalisierungsfragen sowie die Reaktionen der Patienten zusammengefasst.

In dem folgenden ersten Beispiel unternimmt die Therapeutin mehrere Anläufe, um eine Antwort der Patientin zu erhalten, auf die sie aufbauen kann. Sie stellt zunächst die Frage „wie gehen sie denn mit solchen Gefühlen um“ (Z.24/25), die sie im Anschluss zweimal wiederholt bzw. reformuliert, bevor sie dann die für diese Analyse relevante Frage „wo gehen die denn hin die Gefühle“ (Z.87) stellt. Die Patientin benennt daraufhin eine Stelle in ihrem Körper, was von der Therapeutin aufgegriffen und weiter etabliert wird.

Vor Beginn dieses Ausschnittes hat die Patientin davon berichtet, dass sie ein „einsames und trauriges“ Kind gewesen sei, das von seinen Eltern vernachlässigt wurde. Sie wurde zwischenzeitlich von einer Verwandten ihres Stiefvaters betreut, von der sie sich „gequält“ gefühlt und der sie den Tod gewünscht hat. Als die Verwandte dann tatsächlich gestorben ist, habe sie sich gefreut. Unmittelbar vor Beginn dieses Ausschnittes hat die Patientin geschildert, dass sie ein „schlechtes“ Verhältnis gegenüber dem Tod habe und nicht weinen könne,

wenn jemand stirbt.

(1) - (0080-3) „die bleiben da“ – *Taubheitsgefühl und Schmerzen in der rechten Körperseite*

19 P: (.) äh ich tu meine gefühle was in trauer geht ganz arg  
20 unterDRÜCKen;  
21 also;  
22 T: hm=hm;  
23 P: (.) und .h[h,  
24 T: **[wie gehen sie denn (.) wie gehen sie denn mit solchen**  
25 **gefühlen UM?**  
26 P: (-) mit TRAUerge[fühl?  
27 T: [ja?  
28 P: .hh also es is ganz schwer für mich mich da LOSzulassen;=  
29 =und des überhaupt zu re (.) zu zu akzeptIERen dass ich jetzt  
30 traurig bin;  
31 T: hm=hm;  
32 (1.47)  
33 P: obwohl ichs OFT bin;=  
34 =also obs WOHL äh .h,  
35 aber des erschwert des dann [eben AU;  
36 T: **[drücken sie diese gefühle dann WEG?**  
37 **oder ich mein sie sind ja irgendwie DA:.=ne,=**  
38 **=also da is ja ne TRAUrigkeit;**  
39 (--)  
40 T: die war auch eben SPÜRbar für mich als sie von (-- ) mh ihrem  
41 verlust von der Oma gesprochen ham;  
42 (.)  
43 P: hm=hm;  
44 (--)  
45 T: weil da war viel TRAUrigkeit spürbar;  
46 (2.05)  
47 T: **wie gehen sie denn damit UM;**  
48 (1.54)  
49 P: also JETZT, (1.85)  
50 früher bin ich fast daran geSTORben weil ich mir nich  
51 erlaubt hab zu WEInen;  
52 grade in der zeit wo ich da MAgersüchtig war;

((15 Zeilen Auslassung))

67 P: aber DAzu muss ich sagen dass des eben (.) schon mal  
68 BESser war;=  
69 =ich hab schon mal mir erLAUBT zu weinen;  
70 nur im moMENT isses wieder so;  
71 (--)  
72 T: dass sie es sich nicht erLAUben [zu weinen-  
73 P: [äh HÄ;  
74 (---)  
75 P: deswegen (.) und dann (.) plä (.) platz ich (.)  
76 dann platz ich halt WIRKlich dann krieg ich nen richtigen  
77 NERvenzusammenbruch;  
78 .h [weil ich so lange WARte;  
79 T: [hm=hm;  
80 hm=[hm;  
81 P: [und [.h und tu so lange SPIElen bi.  
82 T: [bis es nich mehr anders GEHT;  
83 P: ja-  
84 (---)  
85 T: **also (-- ) die die gefÜHle sind irgendwie DA aber sie**  
86 **erLAUben es sich nich;**  
87 **(-) wo gehen die denn dann HIN die gefühle;**  
88 (-)  
89 P: die bleiben DA die sind halt .h zum b da wird halt ne faust

90 in meinem bauch immer GRÖßer und HÄRter;  
 91 T: hm=hm,  
 92 P: also SO;  
 93 T: **also die gehen dann irgendwo in den KÖRper rein;=**  
 94 P: =die si mal (es ist) mein BAUCH;  
 95 al[so .h so ich (.) mein BAUCH (-) [also;  
 96 T: [hm=hm; [der BAUCH;  
 97 (.)  
 98 P: ja: [SO;  
 99 T: **[da SPÜren sie es;**  
 100 P: ja: dann ( [ ),  
 101 T: [KRAMPFT sich des dann oder wird des HA:RT oder;  
 102 (1.37)  
 103 P: ja des is dann SO wie ich grad SAGte;=  
 104 =wie wenn da ne riesen FAUST drin wäre und die [BALLT sich so  
 105 [hm=hm;  
 106 P: un (-) [dann is ganz HART und;  
 107 T: [hm=hm-  
 108 P: also: dann (-) werd ich immer bewe(h)egungs(.)UNfähiger wies  
 109 [scheint;=  
 110 T: [hm=hm,  
 111 P: =also v aber von den geFÜHlen [her;  
 112 T: [hm;  
 113 P: .h ich hab dann (immer) fast GAR [keine gefühle mehr;  
 114 T: [hm=hm;

Die Patientin beendet ihre Schilderung über ihren Umgang mit dem Tod mit der Feststellung, dass sie ihre Trauergefühle unterdrückt. Die folgende Frage der Therapeutin (Z. 24/25) ist insofern bemerkenswert, als sie das „Unterdrücken der Traurigkeit“ nicht als Umgang mit Gefühlen ratifiziert, sondern die Patientin dazu auffordert, zu beschreiben, wie sie mit Gefühlen umgeht. Die Patientin setzt zu einer Erklärung an, wird dann aber von der Therapeutin durch eine Reformulierung ihrer Ausgangsfrage unterbrochen (Z. 36-38). Zunächst fragt sie in geschlossener Frageform nach, ob die Patientin ihre Gefühle „wegdrückt“ (Z. 36), was diese ja bereits zuvor selbst als Reaktion beschrieben hat, wobei „wegdrücken“ einen wesentlich konkreteren Vorgang beschreibt als das von der Patientin verwendete „Unterdrücken“ ihrer Gefühle. Sie überlässt der Patientin jedoch nicht den `floor´ für eine Antwort, sondern beschreibt, dass sie ein Gefühl der Traurigkeit an der Patientin wahrgenommen hat (Z. 40/41, 45), was das von der Patientin geschilderte „Unterdrücken“ der Gefühle infrage stellt: Wenn die Gefühle von einem Außenstehenden wahrgenommen werden können, sind sie da, also ist das „Unterdrücken“ der Gefühle keine oder zumindest keine ausreichende Erklärung für den Umgang mit Gefühlen. Auf dieser Basis wiederholt die Therapeutin ihre Ausgangsfrage (Z.47) und fordert erneut eine Antwort der Patientin ein. Die Patientin erzählt daraufhin, dass sie es sich früher nicht erlaubt hat zu weinen (Z.50/51), und unterstützt ihre Aussage mit einer Extremmarkierung („bin ich fast daran gestorben“, Z. 50). In den hier ausgelassenen Zeilen führt sie ihre Schilderung fort und wird von der Therapeutin gefragt, was passieren könnte, wenn sie weint, was die Patientin wiederum mit Extremformulierungen beschreibt („so als ob

ich auseinander platzen würd, so als ob ich nie wieder aufhören würd“). Sie fügt ihren Ausführungen hinzu, dass es ihr schon einmal besser ging, dass sie sich aber „im Moment“ (Z. 70) wieder nicht erlaube zu weinen und verwendet erneut extreme Formulierungen für ihre Beschreibungen („dann platz ich halt wirklich“, Z. 76, „Nervenzusammenbruch“, Z.77). Die Therapeutin fasst die Schilderungen der Patientin zunächst in Form einer Formulierung<sup>64</sup> zusammen (Z. 85/86) und stellt dann die für diese Analyse relevante Frage „wo gehen die denn dann hin die Gefühle“ (Z. 87). Die Patientin erklärt zunächst, dass die Gefühle „da bleiben“ (Z. 89), repariert dann aber ihre Äußerung und beschreibt metaphorisch, dass eine Faust in ihrem Bauch „immer größer und härter“ (Z. 90) wird, was im Gegensatz zum „Dableiben“ eine körperliche Veränderung beinhaltet. Die Therapeutin behandelt diese Antwort als angemessen und relevant. Sie fragt im Anschluss nicht weiter nach, sondern reformuliert die Antwort der Patientin („also die gehen dann irgendwo in den Körper rein“, Z. 93). Mit dieser Reformulierung fokussiert sie zwei Aspekte: Zum einen wird der Bauch als Teil des Körpers mit dem gesamten Körper gleichgesetzt (*totum pro parte*), zum anderen wird die Bewegung oder auch Transformation der Gefühle („Gefühle *gehen* irgendwo *rein*“), die bereits in der Frage angelegt war, reetabliert. Damit wird zugleich auch ein genereller Zusammenhang von Gefühl und Körper hergestellt. Die Patientin ratifiziert diesen Zusammenhang nicht explizit, sondern nennt erneut ihren Bauch (Z. 94/95). Die Therapeutin akzeptiert diese Antwort und fragt nach, ob die Patientin die Gefühle, die sie mit dem Pronomen „es“ umschreibt, im Bauch spürt, womit sie wiederum, wenn auch relativ indirekt, auf einen Zusammenhang von Gefühl und Körperempfindung abhebt. Auf ihre Frage nach der konkreten Empfindung wiederholt die Patientin im Wesentlichen ihre zuvor beschriebenen Empfindungen (eine Faust, die hart wird), sie fügt dann allerdings hinzu, dass sie in den Momenten, in dem sie die körperlichen Beschwerden spürt, fast keine Gefühle mehr empfindet (Z.111, 113).

In diesem Fall wurde die `Lokalisierungsfrage` als Reformulierung der zuvor zweimal gestellten Frage „wie gehen sie denn mit solchen gefühlen um“ gestellt, auf die die Therapeutin keine für sie zufrieden stellende Antwort erhalten hat. Mithilfe der `Lokalisierungsfrage` ist es ihr gelungen, einen Zusammenhang von (unterdrückten) Gefühlen und einem körperlichen Ausdruck der Gefühle herzustellen bzw. die Patientin einen solchen Zusammenhang benennen zu lassen

Wie im vorangegangenen Beispiel wird auch in der folgenden Sequenz der Körper nicht ex-

---

<sup>64</sup> Garfinkel und Sacks (1976: 146) 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.“

plizit als Referent eingeführt, sondern lediglich präsupponiert. Darüber hinaus wird auch die Referenz auf das Gefühl nur pronominal mit „es“ hergestellt. Trotz dieser referentiellen Vagheit funktioniert die Verständigung von Therapeutin und Patientin reibungslos.

Vor Beginn des Transkriptausschnittes hat die Therapeutin die Patientin aufgefordert, Situationen zu benennen, in denen sie sich gegenüber ihren Kindern so verhält, wie ihre Eltern sich früher ihr gegenüber verhalten haben. Dieses Thema hatte die Patientin zuvor von sich aus angesprochen. Die Patientin beschreibt daraufhin generell Situationen, in denen sie sich dabei „ertappt“ ihre Kinder permanent zu kritisieren oder an ihnen „herumzunörgeln“. Als konkretes Beispiel nennt sie Auseinandersetzungen mit ihrem Sohn, mit dem das Transkript einsetzt.

## (2) -(0107-2) „ganz schnell runtergeschluckt“ - *Reizdarmbeschwerden*

32 P: also das war ne ganz: (.) große erFAHRung auch bei  
33 meinem sohn,=  
34 =der wird jetzt ACHTzehn,  
35 (---)  
36 un:d der sagt mir !SCHON! was (.) ihm nicht gefällt;  
37 (1.06)  
38 <<p> und>- (-)  
39 da hab ich zu anfang gedacht als er so be!GANN!-  
40 (1.60)  
41 <<gespielt empört> ALso>- (--)  
42 ich habs nicht AUSgesprochen aber hab gedacht==  
43 =<<gespielt empört> also S:AG mal>;=  
44 =das is ja fast UNverschämt jetzt sagt der mir (-) w:as ihm nicht  
45 geFÄLLT,  
46 (---)  
47 öh das hätt ICH mal machen solln SO (is)-  
48 das (-) lief dann SO ab- (--)  
49 und (-) hab des aber dann: (.) doch relativ schnell  
50 ZUlassen könn;=  
51 =<<leise> muss sagen das is: (-- ) [GUT so>;  
52 T: [aber sie hams nich  
53 AUSgespröch[en;  
54 P: [nee ich habs nich AUSgesprochen;  
55 <<p> nein>-  
56 T: wo ham sies HINGesteckt;  
57 ((lacht tonlos))  
58 (1.70)  
59 P: ich habs ganz schnell RUNtergeschluckt;  
60 <<lachend> ( )>-  
61 T: <<lachend> ISSes da noch?>  
62 (---)  
63 P: nein ich glaub des is (-) is (.) verDAUT;=  
64 =[jetzt NICH mehr;=  
65 T: [JA=a,  
66 T: =oh das sin BROCKen==  
67 =die sin SCHWER verdaulich-  
68 (--)  
69 hm=hm,  
71 sind SCHWER verdaulich;  
72 (---)  
73 P: ja (d)es (.) es WARN so situationen,=  
74 =un- h. is natürlich !NIE! schön wenn die (-) wenn die KINDer  
75 einem (sagen) (-- )hör mal HER mama so und SO,

Die Patientin beschreibt zunächst ihre Empörung gegenüber ihrem Sohn, der seine Meinung vertritt und auch der Mutter gegenüber äußert „was ihm nicht gefällt“ (Z. 44/45). Sie beendet ihre Schilderung allerdings mit der Feststellung, dass sie dieses Verhalten ihres Sohnes „doch relativ schnell“ zulassen konnte (Z. 49/50). Die Therapeutin greift daraufhin einen bestimmten Aspekt der Schilderung, das „Nicht-Aussprechen“ der eigenen Gefühle, auf und setzt ihn relevant. Sie greift dabei wortwörtlich auf die Äußerung der Patientin zurück („aber sie hams nich ausgesprochen“, Z. 52/53) und leitet ihren Turn mit „aber“ ein, was in diesem Fall als Kontrastmarker zu dem vorangegangenen Turn der Patientin eingesetzt wird: Die Patientin kann das Verhalten ihres Sohnes zwar zulassen, *aber* sie hat ihm gegenüber ihre Gefühle nicht geäußert. Die Patientin ratifiziert die Äußerung der Therapeutin (Z. 54/55), woraufhin die Therapeutin die Patientin fragt, wo sie ihre Gefühle „hingesteckt“ hat (Z. 56). Wie oben bereits erwähnt, sind die Formulierungen der Therapeutin sehr vage, das Wort „Gefühl“ oder auch konkrete Begriffe wie „Ärger“ oder „Empörung“ werden nicht explizit benannt. Diese Vagheit scheint jedoch kein Problem darzustellen, wie auch an dem weiteren Interaktionsverlauf gezeigt werden kann. Die Patientin antwortet auf die Frage, dass sie es „ganz schnell runtergeschluckt“ (Z. 59) habe. Damit greift sie zum einen das Pronomen „es“ als ‚Stellvertreter‘ für ein konkretes Gefühl auf, zum anderen ratifiziert sie mit ihrer Antwort das Modell der Therapeutin: Sie hat „es“ runtergeschluckt, sie hat es also irgendwo „hingesteckt“, und zwar in den Körper. Diese Antwort bietet der Therapeutin die Möglichkeit, nachzufragen, ob „es“ noch da ist (Z. 61) und damit auch die Möglichkeit, an der Beziehung Gefühl - körperlicher Ausdruck des Gefühls zu arbeiten. Die Patientin verneint die Frage (Z. 63), in ihrer Antwort behält sie die Körper-Metapher bei, indem sie das Bild der „Verdauung“ aufruft. Die Therapeutin greift dieses Bild des Stoffwechsels auf und hält der Patientin entgegen, dass solche Gefühle, wiederum nicht explizit als solche formuliert, sondern mit dem Begriff „Brocken“ paraphrasiert, „schwer verdaulich“ seien (Z. 67). Sie wiederholt ihre Äußerung noch einmal (Z. 71) und bietet der Patientin nach jedem Turn einen ‚slot‘ an, um auf ihre Erwiderung zu reagieren. Die Patientin geht jedoch nicht auf diese Äußerung ein, sondern knüpft wieder an ihre vorangegangenen Schilderungen an und bewertet diese (Z. 73-75). In diesem Beispiel funktioniert die Verständigung auf einer metaphorischen Ebene: Auch wenn „Gefühl“ und „Körper“ nicht explizit benannt werden, etabliert die Therapeutin auf metaphorischer Ebene das Konzept „Gefühle gehen in den Körper“, das von der Patientin ratifiziert wird.

In der folgenden Sequenz bietet die Therapeutin der Patientin ein Gefühl (Angst) an und fordert die Patientin im Anschluss daran auf, zu benennen, wo diese Angst „sitzt“. Das Beispiel ist auch in epistemischer Hinsicht interessant, da die Therapeutin zweimal den privilegierten

Zugang der Patientin infrage stellt, indem sie die Antwort der Patientin nicht ratifiziert, sondern sie dazu auffordert, ihren Empfindungen nachzuspüren.

Vor Beginn dieses Ausschnitts hat die Patientin davon berichtet, dass ihr schwerkranker Mann die Untersuchungen beim Arzt nicht wahrnimmt. Nur wenn sie ihm damit droht, ihre Untersuchungen ebenfalls nicht wahrzunehmen, lässt er sich auf einen Arztbesuch ein.

(3) - (0011-2) "könnt ich jetzt nit sagen" - *Bauchbeschwerden*

01 P: [...] aber ich kann ihn doch nicht jedes mal erPRESSen?  
02 (-)  
03 wenn du nicht gehst geh ich AUCH nicht;  
04 (1.0)  
05 P: isch praktisch nur erPRESSung wo de ihn dann (.) oder wenn dus  
06 eben grad für fürs ENkel oder so:-  
07 T: hm=hm,=  
08 P: =dann TUT ers.=  
09 T: =hm=hm;  
10 (-)  
11 **T: und sie ham ANGST um ihn;=oder?=  
12 P: =ich hab ANGST um ihn ja=[a;  
13 T: [ja=a; ja-  
14 P: des SCH[ON;  
15 T: [.hh wo SITZT die angst bei ihnen;=  
16 =spürn sie die IRgendwo?  
17 (-)  
18 P: ( ) könnt ich jetzt nit SAgen;  
19 (-)  
20 **T: gehn sie mal so DURCH;=  
21 =vielleicht schließen sie mal die !AU!gen und spürn mal;  
22 (-)  
23 T: <<pp> (wo) die>  
24 P: ( [ )  
25 T: [s s SITZen könnte;  
26 P: hier Oben viel[leicht;  
27 T: [da Oben?=  
28 P: =ja,  
29 (.)  
30 T: im BRUSTbereich eher;  
31 P: dass da mehr hh. (.) LUFT irgendwie mit der LUFT dann das:  
32 T: ja?=  
33 P: =ja mehr hier Oben (.) (dann) DA;  
34 (--)  
35 **T: könn sie [nochmal die AUgen zumachen und ma nochmal spürn wo die  
36 P: [( )  
37 **angst sitzt?  
38 P: hah (.) meischtens hier Oben (wie zu is) dass mir die LUFT  
39 abdrückt;  
40 T: hm=[hm,>  
41 P: [dass ich mein ich krieg keine LUFT;  
42 T: <<pp> ja=a,>  
43 P: das (.) ja=a;  
44 aber sonst so körperliche SCHMERzen ( ) wo ich sag, (-)  
45 dass ich einfach: (.) angscht hab zu erSTICKen dann in dem  
46 [moment;  
47 T: [hm=hm,  
48 ja=a,  
49 (-)  
50 P: des stimmt SCHON ja=a;=  
51 T: =hm=hm,********

Nachdem die Patientin ihre Schilderung abgeschlossen hat, bietet die Therapeutin der Patientin in Form einer Feststellung ein Gefühl („Angst“, Z.11) an. Sie hängt die `tag question` „oder“ an, mit der sie einerseits den Anspruch ihrer Feststellung minimiert, andererseits die Patientin dazu auffordert, ihre Äußerung zu bestätigen (vgl. Quasthoff 1981: 301). Die Patientin bestätigt, dass sie Angst um ihren Mann hat (Z. 12, 14). Die Therapeutin stellt darauf hin die Frage, wo diese Angst sitzt (Z.15). Sie repariert ihre Frage im schnellen Anschluss und fragt nach, ob die Patientin die Angst „irgendwo“ spürt (Z. 16). Durch diese Reparatur wird die Präsupposition der ersten Frage abgestuft: „Wo sitzt die Angst“ impliziert, dass sie irgendwo sitzen *muss*, „Spürn sie die irgendwo?“ hingegen verweist darauf, dass die Angst irgendwo sitzen *kann*. Anders als in den obigen Beispielen wird mit diesen Fragen kein dynamisches Modell - die Gefühle „gehen irgendwo hin“ - aktiviert. Vielmehr bemüht die Therapeutin hier ein statisches Konzept: die Angst „sitzt irgendwo“. Letztendlich zielt aber auch diese Frage auf ein psychosomatisches Modell ab, nämlich darauf, dass Gefühle im Körper repräsentiert sind. Die Patientin kann keine Empfindung feststellen, ihre Antwort ist allerdings durch die konjunktivische Form des Verbs („könnte“) `evidentiell herabgestuft` (vgl. Heritage/Raymond 2005) (Z. 18).

Die Therapeutin lässt die Antwort der Patientin nicht gelten, sondern fordert die Patientin dazu auf, die Augen zu schließen und zu spüren, wo „die“ (Angst) sitzen könnte (Z. 20/21, 23, 25). Damit setzt sie sich über den privilegierten `Empfindungszugang` der Patientin hinweg, die als `best source` für sich in Anspruch nehmen kann, am genauesten über ihre Empfindungen Bescheid zu wissen. Außerdem wird dadurch eine Aktualisierung vorgenommen, indem die Patientin dazu aufgefordert wird, ihren Empfindungen im Hier und Jetzt nachzuspüren. Die Patientin lokalisiert daraufhin eine Stelle in ihrem Körper („hier oben“, Z. 26), schränkt ihre Äußerung allerdings mit einem „vielleicht“ ein. Nachdem sie auf Nachfrage der Therapeutin diese Stelle bestätigt hat (Z.27/28), beschreibt sie ihre Körperempfindung (Z. 31, 33), ihre Beschreibungen sind durch Abbrüche und Heckenausdrücke gekennzeichnet. Obwohl die Patientin eine Stelle in ihrem Körper genannt hat, an dem sie die Angst spürt, fordert die Therapeutin sie erneut dazu auf zu spüren, „wo die angst sitzt“ (Z. 35,37). Damit stellt sie aufs Neue die Patientin als `best source` ihrer Empfindungen infrage. Die Antwort der Patientin (Z. 38/39, 41, 43-46, 50) ist im Hinblick auf das Turn-Design interessant: Ihre Äußerung hat das Format eines Eingeständnisses. Ohne dass sie zuvor mit einer „vorhergehende[n] Vorhaltung, eine[r] Beschwerde [oder] eine[r] Beschuldigung“ (Schwitalla 1987: 127) konfrontiert wurde, Aktivitäten, die Eingeständnissen üblicherweise vorangehen, gesteht sie gewissermaßen eine körperliche Empfindung ein, wie an den folgenden Beispielen deutlich wird: „dass

ich mein ich krieg keine Luft ... *das* (.) *ja=a*“ (Z. 41, 43), „dass ich einfach: (.) angscht hab zu ersticken dann in dem Moment...*des stimmt schon ja=a*“ (Z. 45/46, 50). Allerdings macht sie deutlich, dass sie keine körperlichen Schmerzen spürt (Z. 44). Diese Äußerung ist insofern interessant, als die Therapeutin nicht explizit nach körperlichen Schmerzen gefragt hat. Die Patientin scheint das Insistieren der Therapeutin jedoch als Frage nach körperlichen Schmerzen interpretiert zu haben: Da die Therapeutin ihre Antwort (Z. 26) nicht akzeptiert hat, sondern sie erneut dazu aufgefordert hat, nachzuspüren, wo die Angst sitzt, kann sie davon ausgehen, dass ihre Antwort nicht die von der Therapeutin präferierte war. Indem sie explizit darauf verweist, dass sie keine körperlichen Schmerzen spürt, signalisiert sie der Therapeutin, dass sie verstanden hat, worauf die Aufforderung abzielt und kann damit zugleich weitere Nachfragen der Therapeutin antizipatorisch abwenden.

In diesem Beispiel benennt die Patientin zwar eine Stelle in ihrem Körper, an der sie das Gefühl, die Angst, spürt und ratifiziert somit die Vorstellung, dass Gefühle im Körper repräsentiert sind. Ihre Antwort wird von der Therapeutin allerdings hinterfragt, da diese vermutlich nicht nur einen generellen Zusammenhang von Gefühl und Körper herstellen (lassen) möchte, sondern auf das Symptom der Patientin (Reizdarmbeschwerden) abheben will.

In den im Folgenden dargestellten Sequenzen, die aus einer anderen Sitzung mit derselben Patientin stammen, kommt es zu langen und komplexen Aushandlungen über den Sitz des Gefühls, da Therapeutin und Patientin unterschiedliche Konzepte von Gefühlen bzw. der Lokalisation von Gefühlen im Körper haben. Wie anhand der Ausschnitte deutlich wird, zielen die Fragen der Therapeutin („wo sitzt das gefühl“) auf den Bauch als Ort des Gefühls ab, da die Patientin an Reizdarmbeschwerden leidet und so eine direkte Verbindung von Gefühl und körperlichen Beschwerden hergestellt werden könnte. Da die Patientin ihre Gefühle jedoch nicht im Bauch lokalisiert, reetabliert die Therapeutin ihre Frage immer wieder und löst damit eine regelrechte `Fragekaskade` aus.

Zunächst wird ein Ausschnitt vorgestellt, in dem die Therapeutin mehrfach nach dem Sitz des Gefühls fragt, ohne eine für sie befriedigende Antwort von der Patientin zu erhalten, so dass sie die Patientin schließlich dazu auffordert, darauf zu achten, ob das Gefühl möglicherweise im Bauch lokalisiert ist. Die Therapeutin reformuliert ihre Fragen mehrmals und zielt, aus der Perspektive der Patientin, mit den unterschiedlichen Frageformaten auf unterschiedliche Ebenen des Gefühls ab, so dass sie auf ihre Fragen zum Teil, zumindest an der sprachlichen Oberfläche, widersprüchliche Antworten erhält.

Unmittelbar vor diesem Ausschnitt haben Therapeutin und Patientin über den Chef der Patientin gesprochen. Die Patientin hat erzählt, dass sie ein angespanntes Verhältnis zu ihrem

Chef hat und sich darauf beschränkt, ihm „Guten Tag“ und „Auf Wiedersehen“ zu sagen.

(4)- (0108-2) “ich reg mich nimmer auf” – *Bauchbeschwerden*

01 P: dann isch er nur zwei minute DA und dann geht er wieder und dann  
02 (.) hab ich auch kein proBLEM mehr damit;  
03 (1.0)  
04 **T: und wo bleibt das gefÜHL: ,**  
05 (2.40)  
06 P: ich reg mich NIMmer auf,  
07 T: HUI (.) [((lacht))  
08 P: [((lacht))  
09 **T: wo ham sies HINgetan das gefühl;=**  
10 P: =WEISS ich net-  
11 ABgsetzt ABgre ABgheftet <<lachend>> [( )  
12 T: [WO: WO: w (.) WO:?  
13 (0.87)  
14 P: keine AHnung-  
15 **T: wo SPÜRn: sie das gefühl wenn: wenn das so auftaucht der ÄRger die**  
16 **WUT wo SPÜRn sie das;**  
17 (---)  
18 P: also mehr am (.) am HERZ würd ich sa[ge-  
19 T: [hm=hm,  
20 P: und im KOPF ebe [wenn dann die geDANke komme dass ich mi dann (-)  
21 T: [ja?  
22 P: ärger;  
23 (---)  
24 **T: wo spürn: sies KÖRperlich;**  
25 (1.00)  
26 P: am HERZ eher;=  
27 T: =am herz  
28 P: hm=hm,  
29 T: WIE?  
30 (---)  
31 P: so bissl schnellerer SCHLA:G und jetzt manchma mein ich auch dass  
32 es (ab und zu ma) zuSAMmezieht (.) dass son DRUCK obm drauf isch;  
33 T: hm=hm:?  
34 (-)  
35 T: ja-  
36 (2.68)  
37 ((entferntes Geräusch))  
38 (---)  
39 ((Geräusch))  
40 **T: und WO- (--)**  
41 **wenn der kopf des dann so: (.) vernünftig behERRSCHT?**  
42 **wo spürn sie=s DANN?=  
43 wo ham sies ABgelegt das gefühl;**  
44 (2.86)  
45 P: hab ich noch nich drauf geAChtet; ((lacht))  
46 T: hm=hm?  
47 (1.68)  
48 **T: ACHten sie mal drauf ob sie (.) SCHLUCKen in dem moment;**  
49 P: hm=hm-  
50 (1.05)  
51 **T: ob sies RUNterschluckn;=**  
52 P: hm-  
53 (1.44)  
54 P: MACH ich ma;  
55 **T: ob=s hier dann liegt wie=n WACKerstein:-**  
56 P: hm-  
57 (3.50)  
58 P: ( )-  
59 (5.30)

60 P: <<pp > ( )>  
 61 (--)  
 62 T: gabs denn jetzt konKRET ne situation mit dem chef weil des heut so  
 63 plötzlich (.) so AUftaucht? ((lacht))

Nachdem die Patientin ihre Schilderung abgeschlossen hat (Z. 02/03) stellt die Therapeutin die Frage „und wo bleibt das Gefühl“ (Z. 04). Mit ihrer Antwort (Z. 06), die nach einer längeren Pause erfolgt (Z. 05), stellt die Patientin die Geltung der Frage gewissermaßen in Abrede: Da sie sich nicht mehr aufregt, hat sie in dem Moment auch kein Gefühl, also kann das (nicht vorhandene) Gefühl auch nicht irgendwo „bleiben“. Die Therapeutin quittiert die Antwort mit einem erstaunten „hui“ (Z. 04), da sie die Absolutheit der Äußerung vermutlich überrascht. Die nachfolgende Frage der Therapeutin (Z. 09) kann sowohl als eine Reetablierung als auch als eine Reparatur ihrer ersten Frage interpretiert werden. Im ersten Fall würde sie mit der Reformulierung erneut eine Antwort auf ihre Ausgangsfrage einfordern und damit die Antwort der Patientin als unzureichend behandeln, „hintun“, (Z. 09) wäre also synonym zu „bleiben“, (Z. 04). Im zweiten Fall würde sie auf die Antwort der Patientin eingehen und ihre Frage entsprechend anpassen: Wenn die Patientin sich nicht mehr aufregt, muss sie das Gefühl irgendwo „hingetan“ haben, also stellt sich die Frage, *wo* sie es hingetan hat, „hintun“ wäre somit nicht synonym zu „bleiben“. Die Patientin erklärt zunächst, dass sie es nicht wisse (Z. 10), expandiert ihre Antwort dann aber und fügt hinzu, dass sie es „abgesetzt“ bzw. „abgeheftet“ habe<sup>65</sup> (Z. 11). Die Therapeutin fordert sie dennoch erneut und nachdrücklich dazu auf, einen „Ort“ ihres Gefühls zu benennen (Z. 12). Und obwohl die Patientin wiederum ihr Nichtwissen anführt („keine Ahnung“, Z. 14), insistiert die Therapeutin und wiederholt ihre Frage (Z. 15/16). Sie reformuliert und expandiert sie allerdings, indem sie einerseits das „Auftauchen“ des Gefühls und damit einen bestimmten Moment benennt und indem sie das Gefühl als solches mit den Begriffen „Ärger“ und „Wut“ konkretisiert und spezifiziert. Stivers und Robinson (2006: 374) machen deutlich, dass „even if [an] answer will be disaligned with the initial question design, the pressure for an answer is such that speakers will typically re-

<sup>65</sup> McGee et al. (2005:) weisen in ihrer Untersuchung zu psychotherapeutischen Fragen dezidiert darauf hin, dass Fragen in vielen Fällen immer bereits Präsuppositionen enthalten, der Patient in seiner Antwort also immer auch die in der Frage enthaltene Präsupposition bestätigen muss. Sie nennen als Beispiel die Frage „Have you stopped beating your wife?“, die der Angesprochene zunächst nur mit „ja“ oder „nein“ beantworten kann. Die einzige Möglichkeit, die Bestätigung der Präsupposition zu umgehen, sei es, die Frage als solche zu kommentieren, was im engeren Sinne keine Antwort auf die Frage ist. In dem hier untersuchten Beispiel ist die Präsupposition der Frage etwas anders gelagert: Die Therapeutin präsupponiert, dass das Gefühl „irgendwo sein muss“. Die Patientin kann zwar die Präsupposition nicht vollständig umgehen, sie setzt allerdings zwei Strategien ein, die die Präsupposition ansatzweise `aushebeln': Zum einen beruft sie sich zunächst auf ihr Nichtwissen, zum anderen erklärt sie, dass sie das Gefühle „abgeheftet“ habe. Damit lässt sie sich zwar auf die Präsupposition ein, vermeidet es aber, einen spezifischen Ort in ihrem Körper zu nennen, an dem ihr Gefühl lokalisiert ist und markiert zugleich, dass sie die Frage nicht für relevant hält. Wie anhand der nachfolgenden Sequenzen deutlich wird, lässt die Therapeutin diese Antwort allerdings nicht gelten, und es kommt zu einer langen Aushandlung.

design their question in order to get an answer” (vgl. dazu auch Pomerantz 1984c; Sacks 1987). Die Therapeutin fordert also nach wie vor eine Antwort der Patientin ein und liefert der Patientin durch die Spezifikation ihrer Frage gewissermaßen `Suchstellen`, die ihr eine `angepasste` (aligned) und somit auch präferierte Antwort erleichtern soll. Außerdem verschiebt sie mit ihrer Frage die Ebene des Gefühls: Es geht nun nicht mehr darum, wo das Gefühl „hingetan“ wurde (Z. 09), sondern darum, wo die Patientin das Gefühl spürt, wenn es „auftaucht“ (Z.15). „Hintun“ impliziert eine gewisse Statik: Das Gefühl wurde irgendwo abgelegt. „Auftauchen“ hingegen zielt auf eine Bewegung ab: Das Gefühl kommt hervor und ist dann zu spüren. Tatsächlich hat die Therapeutin mit ihrer Frage, im dritten Anlauf, Erfolg: Die Patientin nennt eine Stelle, das Herz, an der ihr Gefühl sitzt (Z. 18). Ihre Antwort ist jedoch durch Heckenausdrücke eingeschränkt: „also *mehr* am Herz“, „würd ich sage“. Im Anschluss nennt sie den Kopf als weitere Stelle, an der sie den Ärger spürt (Z. 20/21). Allerdings wird nicht deutlich, ob sie den Ärger tatsächlich im Kopf spürt, oder ob der Kopf als Sitz der Gedanken der Auslöser für ihren Ärger ist. Die Therapeutin behandelt die Antwort nach wie vor als unzureichend: Obwohl die Patientin eine Stelle in ihrem Körper, das Herz, benannt hat, fragt sie erneut explizit nach, wo die Patientin das Gefühl „körperlich“ spürt (Z. 24). Vermutlich ist ihre erneute Frage auch darauf zurückzuführen, dass die Patientin den Begriff „Kopf“ eingebracht hat, der im Allgemeinen nicht als Sitz des Gefühls, sondern vielmehr als Sitz des Verstands gilt. Die Patientin wiederholt erneut ihre Antwort („am Herz“, Z. 26), wiederum durch einen Heckenausdruck „eher“ eingeschränkt. Diese Antwort wird von der Therapeutin ratifiziert und sie fragt nach, *wie* die Patientin das Gefühl spürt (Z. 29). Die Patientin beschreibt, wie sich das Gefühl äußert (Z. 31/32) und erhält von der Therapeutin im Anschluss die Möglichkeit, mit ihrem Turn fortzufahren (Z. 30-36), was sie allerdings nicht in Anspruch nimmt. An dieser Stelle hätte die Sequenz beendet werden können: Die Therapeutin hat nach mehrmaligem Nachfragen eine `angepasste` Antwort erhalten und dadurch einen Zusammenhang von Gefühl und körperlichem Ausdruck des Gefühls hergestellt. Sie belässt es jedoch nicht dabei, sondern leitet eine neue `Runde` ein, indem sie erneut, wiederum reformuliert, nach dem Sitz des Gefühls fragt (Z. 40-43). Ihre Frage erhält eine wenn-dann-Konstruktion: „*wenn* der Kopf des dann so vernünftig beherrscht wo spürn sies *dann*?“ Die Konzepte „Verstand“ und „Gefühl“, die sie aufruft, beziehen sich allerdings vermutlich nicht nur auf die Äußerung der Patientin in den Zeile 18 und 20, sondern auch auf eine Äußerung früher im Gespräch, die in diesem Transkriptausschnitt nicht aufgeführt ist. Dort hatte die Patientin erklärt, dass ihr Kopf ihrem Bauch sagt, dass er sich nicht ärgern soll. Indem die Therapeutin ihre erste Frage „wo spürn sies dann“ (Z. 42) mit „wo ham sies abgelegt das Gefühl“

(Z. 43) reformuliert, orientiert sie sich an der vorangegangenen Formulierung der Patientin (Z. 11). Die Antwort der Patientin ist bemerkenswert: Nachdem sie zunächst zweimal erklärt hat, nicht zu wissen, wo ihr Gefühl „bleibt“, auf die reformulierte Frage der Therapeutin dann aber ihr Herz (und auch ihren Kopf) als Sitz des Gefühls benannt hat, äußert sie auf die erneut reformulierte Frage der Therapeutin, dass sie noch nicht darauf geachtet habe, wo sie ihr Gefühl spürt bzw. wo sie es abgelegt hat (Z. 45). Diese Antwort könnte als ein Widerspruch in den vorangegangenen Äußerungen der Patientin interpretiert werden, da sie ja zuvor das Herz als Sitz ihres Gefühls benannt hatte, jetzt aber angibt, noch nicht darauf geachtet zu haben, wo das Gefühl sitzt. Wahrscheinlicher ist aber, dass die Patientin über verschiedene Konzepte des Gefühls verfügt: In ihren vorherigen Fragen (Z. 15/16; 24) hat die Therapeutin, wie oben bereits erwähnt, eine andere Ebene des Gefühls erfragt: Sie hat nach dem Gefühl, das „auftaucht“, gefragt, das die Patientin dann im Herzen verortet hat. Die Frage in Zeile 40-43 zielt allerdings nicht auf ein auftauchendes Gefühl ab, sondern auf das Gefühl, das „abgelegt“ wurde und das durch die rationale Instanz des Kopfes „beherrscht“ wird. Die Patientin scheint unterschiedliche Konzepte für diese Gefühle zu haben: Ein Gefühl, das auftaucht, kann sie im Herzen (und im Kopf) verorten, ein Gefühl, das vom Kopf „beherrscht“ wird und das irgendwo „abgelegt“ wird, kann sie nicht lokalisieren.

Mit ihrer anschließenden Aufforderung an die Patientin, darauf zu achten, ob sie das Gefühl „runterschluckt“ (Z. 48/51), macht die Therapeutin explizit, worauf ihre Fragen abgezielt haben: Da die Patientin an Reizdarmbeschwerden leidet hat die Therapeutin mit ihren Fragen versucht, die Patientin dazu aufzufordern, einen Zusammenhang von Gefühlen und einer Verortung dieser Gefühle im Bauch herzustellen. Da dies gescheitert ist, stellt die Therapeutin nun selbst diese Beziehung her.

Zwischen dem obigen Ausschnitt und der im Folgenden dargestellten Sequenz liegen 20 Minuten, in denen Therapeutin und Patientin über unterschiedliche Themen wie z.B. Probleme am Arbeitsplatz, den Wunsch nach einer sicheren Beziehung und Schutzbedürftigkeit sowie über die Kindheit und Familienverhältnisse der Patientin gesprochen haben.

In der folgenden Sequenz reetabliert und reformuliert die Therapeutin ihre Frage nach dem Sitz des Gefühls mehrfach und initiiert dadurch einen langen Aushandlungsprozess. Die komplexe Aushandlung und die Insistenz der Therapeutin sind allerdings nicht nur darauf zurückzuführen, dass die Patientin keine „angepasste“ Antwort liefert, also den Bauch als Sitz des Gefühls benennt, sondern auch darauf, dass Therapeutin und Patientin unterschiedliche Vorstellungen und Konzepte von Verstand und Gefühl haben.

Die Sequenz wird in Abschnitten dargestellt, um die Bearbeitung und Aushandlung übersicht-

licher darstellen zu können.

Vor Beginn dieses Ausschnittes hat die Patientin von sich aus ihre Eifersucht gegenüber ihrem Freund angesprochen.

(4a) - (0108-2) „im Herz“

98 P: <<flüsternd>> und da denk ich mir immer (jetz SAG ma )-  
99 jetzt geht er EINmal weg im jahr und du unterstellscht ihm  
100 (einfach dass ne tussi) jetzt MIT isch oder so [(.) also  
101 T: [hm=hm,  
102 P: des=isch ja-quatsch (.) also da verTRAU ich ihm eigentlich  
103 auch (.) vom KOPF her;  
104 T: hm=hm?  
105 P: nur von de geDANke her halt eher nit;  
106 (1.05)  
107 T: öh (.) ja: sie sagen immer kopf und ge!DAN!ken-  
108 P: sin bei mir ZWEIERlei sache ja-  
109 (-)  
**110 T: un WO sind die geFÜHle?**  
111 (1.58)  
112 P: gefühle im HERZ((lacht)) (-) würd ich sogn;  
113 T: ja=a?  
114 P: hm-  
115 (---)  
**116 T: wo ist (.) das geFÜHL was dahinter steckt;=**  
**117 =was was steckt da für=n geFÜHL hinter wenn sie sogn (--) also**  
118 (1.29)  
119 P: ja (NEUlich als wir noch )-  
120 (1.69)  
121 T: hm=hm;=  
122 P: und weil ich halt einfach UNgewissheit hab-  
123 (--)  
124 T: <<p> ja>  
125 (---)  
126 T: ja-  
127 (3.22)

In ihrem Erzählabschluss nimmt die Patientin die ungewöhnliche Differenzierung von „Kopf“ und „Gedanken“ vor (Z. 102/103, 105), auf die sie bereits in einer diesem Ausschnitt vorangegangenen Sequenz abgehoben hat, was bei der Therapeutin für Irritationen gesorgt hat. Die Therapeutin gibt die Äußerung der Patientin („sie sagen immer Kopf und Gedanken“) an die Patientin zurück und fragt dann nach, wo die Gefühle sind (Z. 110). Das Thema „Kopf und Gedanken“ ist an dieser Stelle sequentiell allerdings noch nicht abgeschlossen, so dass die Frage der Therapeutin nach den Gefühlen unerwartet kommt und die Patientin eine gewisse Zeit für ihre Antwort benötigt (vgl. Pause in Z. 111). Wie bereits in dem vorherigen Ausschnitt lokalisiert die Patientin die Gefühle im Herzen (Z. 112), ihre Äußerung ist fast identisch mit ihrer Antwort in Beispiel (4) (Z. 18). Auf die Nachfrage der Therapeutin (Z. 113) bestätigt sie ihre Antwort minimal, nimmt aber keine weiteren Erläuterungen vor. Daraufhin wiederholt die Therapeutin ihre Frage (Z. 118), repariert sie dann aber und fragt nach, *was* für ein Gefühl dahinter steckt. Die Patientin geht jedoch nicht auf die Fragen ein, was unter Um-

ständen darauf zurückzuführen sein kann, dass sie durch die Doppelfrage der Therapeutin irritiert ist. Die Äußerungen der Patientin sind nicht eindeutig nachzuvollziehen. Denkbar ist, dass sie zunächst zu einer Beispielerzählung ansetzt (Z. 119). Sie bricht dann aber ihren Turn ab und liefert vermutlich eine Begründung dafür, warum sie ihrem Freund nicht immer vertrauen kann: „und weil ich halt einfach Ungewissheit hab“ (Z. 124). Da die Patientin den ‚floor‘ offensichtlich nicht weiter beanspruchen möchte (Pausen in Z. 127, 129), ergreift die Therapeutin das Wort (siehe folgender Transkriptausschnitt):

(4b) - (0108-2) „im Kopf“

130 T: und da is ja auch n STREITpunkt;  
 131 is ja nicht nur der streitpunkt KOPF (--) gedANKen,=  
 132 =gedanken sind ja eigentlich im KOPF, (-)  
 133 P: hm-  
 134 T: man würde ja eher sogn ver!NUNFT!? (--)  
 135 mit (-) gedanken die [ausm geFÜHL kommen;  
 136 P: [JA (.) s:o genau;  
 137 (1.02)  
 138 P: so is ganz [( )  
 139 T: [also ausm BAU:CH kommen ne?  
 140 (---)  
 141 T: weil der BAUCH der hat jetzt im moment gar keine (1.56)  
 142 GAR kein platz; ((atmet aus))  
 143 sie sagen [immer gedANKen und KOPF und BAUCH ( )-  
 144 P: [(ja (.) das s bei mir)-  
 145 (bauch kommt das esse rein)  
 146 <<lachend> ( )>  
**147 T: ja und die geFÜHle?**  
**148 (--)**  
**149 T: wo sind DIE;**  
 150 P: eher (wieder) im HERZ;  
 151 (1.40)  
**152 T: ja: wo steckt die WUT?**  
 153 (---)  
**154 T: der ÄRger?**  
 155 (--)  
 156 P: im KOPF-  
 157 (1.19)  
 158 T: der steckt im KOPF;  
 159 P: hm=hm-  
 160 (1.99)  
 161 T: hm=hm?  
 162 (2.34)  
**163 T: un wenn sie (--) WUT habn wo spürn sie die;**  
 164 (1.77)  
 165 P: zuERSCHT im kopf weil ich mich da erscht UFFreg-  
 166 (1.05)  
**167 T: und wo SPÜRN sie die?**  
 168 (-)  
 169 P: am KÖRper dann wenn ich dann ähm anfang (mit) ZITtern-  
 170 (---)  
**171 T: ja=a also wenn (.) wenn sie sich AUfregen; (---)**  
**172 wo SPÜRN sie den ärger;**  
 173 P: dann zitter ich im ganzen KÖRper-  
 174 T: im ganzen KÖR[per-  
 175 P: [hm=hm,  
 176 (1.31)

Die Therapeutin stuft den von der Patientin etablierten Kontrast von „Kopf“ und „Gedanken“ herab, indem sie darauf verweist, dass Gedanken „ja eigentlich im Kopf“ sind (Z. 132) und eröffnet daran anschließend die Opposition „Vernunft“ und „Gefühl“ (Z. 134/135). Allerdings ist diese Opposition nicht trennscharf, da sie die Gedanken den Gefühlen zuordnet („mit Gedanken die ausm Gefühl kommen“, Z. 135) und die Äußerung damit diffus bleibt. Die Patientin stimmt der Therapeutin, allerdings vor einem möglichen ‚recognition point‘ (vgl. Jefferson 1973: 59), zu. Vermutlich ist diese verfrühte Zustimmung auch der Grund, warum die Therapeutin die Patientin unterbricht (Z. 139): Es geht ihr darum, die Gefühle thematisch zu etablieren, die durch die verfrühte Zustimmung bzw. Unterbrechung der Patientin nicht etabliert werden konnten. Sie expliziert die Gefühle und verortet sie im Bauch. Interessanterweise bietet sie der Patientin ein anderes Konzept an als einige Minuten zuvor im Gespräch (vgl. Beispiel 4, Z. 48/51). Hatte sie zuvor das Bild von Gefühlen aufgerufen, die „runtergeschluckt“ werden und damit *in* den Bauch *gehen*, hebt sie nun auf Gefühle ab, die *aus* dem Bauch *kommen*. Da die Patientin hierauf nichts erwidert, liefert die Therapeutin eine Erklärung und verweist auf die Konzepte der Patientin (Kopf-Gedanken), die keinen Platz für den Bauch lassen (Z. 141-143). Die Patientin hält der Therapeutin ihr Konzept entgegen: In den Bauch „kommt das esse rein“ (Z. 145), der Bauch ist für sie also nicht der Sitz des Gefühls, sondern hat eine Stoffwechselfunktion. Die Therapeutin fragt erneut nach dem Sitz des Gefühls (Z. 147,149) und die Patientin verortet das Gefühl, wie bereits zweimal zuvor, im Herzen (Z. 150). Die Therapeutin verweigert das Herz systematisch als Sitz des Gefühls. Sie insistiert auf ihrer Frage und spezifiziert den Begriff Gefühl, indem sie der Patientin zwei konkrete Gefühle, Wut und Ärger, anbietet (Z. 152, 154). Die Antwort der Patientin ist interessant, da sie Wut und Ärger im Kopf lokalisiert (Z. 156). Sie scheint also unterschiedliche Konzepte von einerseits Gefühl und andererseits Wut und Ärger zu haben: Das Gefühl, vermutlich im Sinne von „Liebe“, hat seinen Platz im Herzen, Wut und Ärger hingegen sitzen im Kopf. Die Therapeutin akzeptiert auch diese Antwort nicht und fragt noch einmal nach, wo die Patientin die Wut spürt (Z. 163). Sie reformuliert ihre Frage allerdings. Hatte sie zuvor danach gefragt, wo die Wut „steckt“ (Z. 152), fragt sie nun, wo die Patientin die Wut „spürt“ und unterstreicht damit die körperliche Empfindung. Die Patientin nennt erneut den Kopf als Sitz ihrer Wut (Z. 165). Sie qualifiziert ihre Antwort jedoch näher, indem sie darauf hinweist, dass sie die Wut „zuerscht“ im Kopf spürt, was impliziert, dass es andere Bereiche in ihrem Körper gibt, in denen sie die Wut anschließend spürt. Aber auch diese Antwort akzeptiert die Therapeutin nicht. Sie fragt z.B. nicht nach, wo die Patientin die Wut anschließend spürt, sondern wiederholt ihre Frage (Z. 167). Sie betont dabei das Verb „spüren“, was signalisiert, dass der Kopf nicht

spüren kann, ihre Frage also auf eine andere als die von der Patientin gegebene Antwort abzielt. Die Patientin nennt nun den Körper und beschreibt die mit der Wut einhergehenden Symptome („wenn ich dann anfang mit Zittern“, Z. 169). Aber auch diese Antwort wird von der Therapeutin nicht ratifiziert. Sie fragt erneut nach, wo die Patientin den Ärger spürt (Z. 171/172) und spezifiziert ihre Frage mit dem Temporalsatz „wenn sie sich aufregen“. Die Patientin hält an ihrer Antwort fest (Z. 173). Aber auch an dieser Stelle wird die Aushandlung über den Sitz des Gefühls nicht abgeschlossen. Die Therapeutin fährt mit ihren Fragen fort (vgl. folgende Sequenzen).

(4c) - (0108-2) „Beine vielleicht“

177 T: und (-- ) sie sagen:: (.) der ärger (-- ) das Ärgergefühl die WUT  
 178 sitzt im KOPF,  
 179 (---)  
 180 P: ja der kopf der fangt ja damit AN;  
 181 (---)  
 182 T: <<erstaunt> der KOPF fängt damit a[n;>=  
 183 P: [JA (-- ) würd ich [sagn;  
 184 T: [wo SPÜRn  
 185 sie das gefühl;  
 186 (1.81)  
 187 P: BEIne vielleicht(h),  
 188 T: [(nich)  
 189 P: [NEE des kann ich jetzt auch nicht so genau sa[gen=  
 190 T: [also wo !SPÜRn!  
 191 sie das;  
 192 (2.07)  
 193 P: also wenn SIE mich jetzt (-- ) würde ärgern;  
 194 T: ja,  
 195 (-)  
 196 P: dann würd des jetzt erscht ma mein KOPF aufnehm;; (-- )  
 197 und dann würd ich diesen ZITteranfall krie[ge  
 198 T: [also der (.) kopf  
 199 nimmt WAHR;  
 200 (-- )  
 201 P: hm=hm;  
 202 (-- )  
 203 T: der HÖRT;  
 204 (-)  
 205 P: ja-

Die Therapeutin kommt von sich aus wieder auf den Kopf als Sitz des Ärgers und der Wut zurück (Z. 177/178). Die Patientin bestätigt noch einmal, dass ihr Kopf damit anfängt, sich zu ärgern (Z. 182). Und erneut stellt die Therapeutin, in Unterbrechung der Patientin, die Frage „wo spürn sie das Gefühl“ (Z. 184/185). Die Patientin nennt nun einen zuvor noch nicht genannten Körperteil, ihre Beine, schränkt ihre Antwort allerdings durch ein „vielleicht“ ein und nimmt ihre Antwort gleich daraufhin wieder zurück (Z. 189). Stivers und Robinson (2006: 374) machen im Hinblick auf die Präferenz für Antworten gegenüber “Nicht-Antworten” (non-responses) darauf aufmerksam, dass „[q]uestion recipients [...] do work to provide

answers, even when they are not truly ABLE to provide a definitive answer” und auch “when they are in no position truly to answer them” (Großbuchstaben im Original). In diesem Fall scheint sich die Patientin darum zu bemühen, der Therapeutin eine Antwort zu liefern, auch wenn sie sich darüber nicht sicher ist und ihre Äußerung im Anschluss ja tatsächlich wieder zurücknimmt. Eine andere Möglichkeit ist, dass die Patientin, die nun bereits zum achten Mal (in den Ausschnitten (4 a) bis (4 c)) mit dieser Frage oder einer Version dieser Frage konfrontiert wurde, versucht, mit ihren Antworten den offensichtlichen diskursiven Praktiken der Therapeutin zu entgehen und eine Verbindung von Gefühlen und ihren Bauchbeschwerden systematisch verweigert. Da die Patientin ihre Antwort wieder zurücknimmt, wiederholt die Therapeutin ihre Frage erneut (Z. 190/191). Die Patientin greift daraufhin auf eine Beispielerzählung zurück, um ihre Perspektive zu veranschaulichen. In ihrem „wenn-dann-Szenario“ schildert sie ihre Wahrnehmungen und Empfindungen, die sie zuvor bereits, eliziert durch die Fragen der Therapeutin, dargestellt hat: „dann würd des jetzt erscht ma mein Kopf aufnehm: (-- ) und dann würd ich diesen Zitteranfall kriege“, Z. 196/197). Die Therapeutin greift erneut den Kopf als Thema auf und sichert damit zum einen ihr Verständnis über das Konzept der Patientin ab, indem sie dieser zwei Funktionen des Kopfes anbietet (Z. 199/203), die sie jeweils von der Patientin bestätigen lässt. Zum anderen baut sie damit auch einen Kontrast auf: Wahrnehmung und Hören vs. Gefühl (siehe folgender Ausschnitt).

(4d) - (0108-2) „keine Ahnung“

207 T: un (-- ) das is ja noch kein geFÜHL;  
 208 P: ne=e;  
 209 (2.21)  
 210 T: der ÄRger; (1.15)  
 211 der dann AUFTaucht;  
 212 (1.32)  
 213 T: öhm;; (1.13)  
 214 (was IST) we ma ärgerlich ist (wenn/dann) (-) .h !WUFF!  
 215 (-)  
 216 P: hm:: (.) keine AHnung;  
 217 (---)  
 218 T: **WO spürn sie das;**  
 219 (-)  
 220 **FAUST;**  
 221 (1.52)  
 222 T: MUSkeln; (1.24)  
 223 ZITtern; (-)  
 224 also is das eher so der KÖRper?  
 225 (-)  
 226 P: ja-  
 227 (-)  
 228 T: **öhm (-- ) ACHten sie doch mal drauf in nächsten ta:gen ob sie das**  
 229 **auch im BAUCH spürn die ta[ge;**  
 230 P: [hm=hm,  
 231 (-- )  
 232 T: **ob der bauch (-- ) sich auch zuSAMmenballt oder ob da ne**  
 233 **energie geSTAUT is-**

234 (---)  
 235 T: ähm (--) hm SPÜRN sie einfach mal wo sie ihre gefühle im körper  
 236 SPÜRN;  
 237 [sie sachten ebn im HERZ?  
 238 P: [hm,  
 239 (---)  
 240 P: hm=hm,  
 241 (---)  
 242 T: gucken sie ma ob im !BAUCH! (-) nich auch (-) gefühle  
 243 auftauchen;  
 244 P: hm=hm,  
 245 (---)  
 246 P: <<p> hm;>  
 247 (---)  
 248 T: hm: (.) was sie SAgen (--) der !KOPF! (.) das (sind) eher  
 249 WAHRnehmungen oder geDANKen;  
 250 P: hm-  
 251 (---)  
 252 T: sie HÖRN was sie SEHN was (.) was sie ÄRgert;  
 253 P: ja;  
 254 (1.73)  
 255 T: das sin geDANKen im KOPF;=  
 256 =aber dieses geFÜH:L? (---)  
 257 gucken sie mal wo DAS sitz[t;  
 258 P: [hm=hm,  
 259 (---)  
 260 T: ja?=  
 261 P: =okay

Die Patientin bestätigt minimal die Äußerung der Therapeutin, dass das Wahrnehmen und Hören des Kopfes noch kein Gefühl ist (Z. 208). Die anschließende Äußerung der Therapeutin ist semantisch ambig (Z. 210/211): Einerseits kann es sich dabei um eine retrospektiv paradigmatische Erweiterung handeln (vgl. Auer 2006: 285) und würde sich damit auf den Satz in Zeile 207 beziehen: „un (--) das is ja noch kein Gefühl der Ärger der dann auftaucht“ (Z. 207, 210/211). Andererseits kann es auch eine elliptische Konstruktion sein, die auf einen Gegensatz abzielt: „der Ärger der dann auftaucht“ könnte somit also für eine Konstruktion wie z.B. „Die Vorgänge im Kopf sind ja noch kein Gefühl. Was ist denn mit dem Ärger der dann auftaucht?“ stehen. Für die letztgenannte Interpretation spricht sicher die nachfolgende Frage der Therapeutin (Z. 214), die wiederum darauf abhebt, der Patientin den körperlichen Ausdruck des Ärgers vor Augen zu führen. Die Therapeutin untermalt den Ausdruck des Ärgers lautmalerisch mit „wuff“.

Die Antwort der Patientin („hm:: keine Ahnung“, Z. 216) kann als eine Art ‚Kapitulation‘ verstanden werden. Sie hat der Therapeutin in dem langen Aushandlungsprozess einige Stellen genannt, an denen sie Ärger verspürt und hat versucht, ihre Sichtweise verständlich zu machen. Da ihre Antworten von der Therapeutin nicht ratifiziert und beständig hinterfragt wurden, weiß sie nun vermutlich nicht mehr, welche Äußerung adäquat ist. Die Therapeutin lässt auch diese Antwort nicht gelten und fragt erneut danach, wo die Patientin den Ärger, pronominalisiert durch „das“, spürt (Z. 218). Sie erhält allerdings keine Antwort der Patientin,

auch dann nicht, als sie ihr verschiedene Körperteile bzw. ein Symptom (Zittern) anbietet, das die Patientin selbst zuvor genannt hatte (Z. 220, 222/223). Daraufhin stellt sie der Patientin die Frage danach, ob es „eher so der Körper“ sei und erhöht somit die konditionelle Relevanz (Z. 224). Die Patientin beantwortet die Frage nur minimal mit einem „ja“ (Z. 226).

Die Therapeutin geht dazu über eine Empfehlung auszusprechen. Sie fordert die Patientin dezidiert dazu auf, darauf zu achten, ob sie die Gefühle nicht auch im Bauch spürt (Z. 228/229, 232/233, 242/243). Ähnlich wie in Beispiel (4) benennt sie den Bauch als möglichen Sitz des Gefühls und macht damit explizit, worauf ihre vorangegangenen Fragen abgezielt haben. Da die Patientin nicht, wie von der Therapeutin intendiert, von sich aus diesen Zusammenhang hergestellt hat, löst die Therapeutin das ‚Fragespiel‘ auf und nennt die Stelle im Körper, an der sie den Ausdruck des Gefühls vermutet. Sie etabliert auch erneut die Opposition von Kopf und Gedanken einerseits und Gefühl andererseits (Z. 248/249, 252, 255-257), auf die die Patientin zuvor mehrfach abgehoben hatte und die als ein Auslöser dieser langen Aushandlung gesehen werden kann.

#### *Systematische Zusammenfassung des Aushandlungsprozesses (4 – 4d)*

In den oben dargestellten Sequenzen gelingt es der Therapeutin nicht, die Patientin einen Zusammenhang von Gefühlen und ihrer Lokalisation im Bauch herstellen zu lassen. Das offensichtliche Ziel der Therapeutin ist es, einen Bezug von Ärger und den aktuellen Bauchbeschwerden der Patientin zu etablieren. Die Patientin kann zwar grundsätzlich physiologische Reaktionen auf emotionale Belastungssituationen feststellen und sie nennt verschiedene Körperregionen, an denen sie eine solche Reaktion festmachen kann. Gerade den Bauch aber, den die Therapeutin benannt haben möchte, kann sie nicht als Sitz ihrer Gefühle zulassen. Die interaktive Bearbeitung wird zusätzlich dadurch erschwert, dass die Patientin über ein idiosynkratisches Konzept von der Lokalisation ihrer Gefühle verfügt: Sie nimmt ihre Gefühle zuerst im Kopf wahr und sie unterscheidet zwischen „Kopf“ und „Verstand“, was der Alltagslogik über Gefühle und deren Sitz entgegenläuft: Der Kopf wird üblicherweise als rationale Instanz konzeptionalisiert, die emotionalen Prozessen gegenübergestellt wird. Ratio und Emotion werden im Alltag (wie auch in der Wissenschaft) und eben auch von der Therapeutin als zueinander in Opposition stehend aufgefasst.

Aufgrund dieser unterschiedlichen Konzeptualisierungen und des Festhaltens der Therapeutin an ihrem psychosomatischen Konzept kommt es zu dem oben detailliert beschriebenen Aushandlungsprozess und letztendlich zum Scheitern der Therapeutin.

Die Therapeutin reetabliert mehrfach ihre Frage, um die Patientin dazu zu bewegen, selbst ei-

nen Zusammenhang von emotionaler Belastung und ihren Bauchbeschwerden herzustellen. Die Patientin kann diesen konkreten Zusammenhang zwar nicht für sich feststellen, sie bemüht sich aber durchaus, 'passende' (aligned) Antworten zu finden. Möglich ist, dass die Patientin ahnt, auf welchen Zusammenhang die Therapeutin abhebt. Da sie diesen Zusammenhang jedoch bei sich nicht erkennen kann, bietet sie der Therapeutin verschiedene andere Körperregionen an, um nicht von vornherein den Bauch explizit als Ort ihrer Gefühle zurückzuweisen. Die Suche nach einer für die Therapeutin zufrieden stellenden Antwort erhält am Ende fast schon groteske Züge: Nachdem die Patientin zunächst ihr Herz als Sitz des Gefühls benannt hat, lokalisiert sie auf eine konkretisierende Nachfrage der Therapeutin nach dem Sitz von Ärger und Wut ihre Gefühle im Kopf. Diese Antwort wird von der Therapeutin nicht ratifiziert, sondern durch eine erneute Frage 'herausgefordert'. Daraufhin nennt die Patientin ihren Körper als Ort, an dem sie ihr Gefühl wahrnimmt bzw. nennt sie das Zittern ihres Körpers als Reaktion auf Ärger und Wut. Auf eine weitere Nachfrage werden die Beine als Sitz des Gefühls benannt, im Anschluss wird dies allerdings wieder verworfen. Auf eine erneute Frage der Therapeutin versucht die Patientin anhand eines Beispiels ihr Konzept zu erklären: Ihr Kopf nimmt zuerst die Gefühle wahr, im Anschluss reagiert ihr Körper mit Zitteranfällen. Auch diese Antwort wird von der Therapeutin nicht ratifiziert und sie fordert die Patientin erneut auf, den Sitz ihrer Gefühle zu benennen. Die Patientin antwortet auf diese erneute Frage nicht mehr, so dass letztendlich die Therapeutin selbst den Zusammenhang von Gefühlen und einer Reaktion im Bauch etablieren muss.

Anhand dieses Beispiels wird erneut deutlich, dass die Therapeuten sich teilweise über den privilegierten Zugang der Patienten hinwegsetzen: Die Patientin kann für sich in Anspruch nehmen, einen 'first order access' über ihre Gefühle und die körperliche Lokalisation der Gefühle zu haben. Ihre Empfindungen werden von der Therapeutin jedoch massiv angezweifelt und beständig hinterfragt. Des Weiteren wird an der Sequenz deutlich, dass die Therapeutin sehr zielgerichtet versucht, die Patientin für eine psychosomatische Erklärung ihrer Beschwerden zu gewinnen. Durch das permanente Infragestellen des Patientenmodells unterstellt sie der Patientin in gewisser Weise eine Verweigerung, den Bauch als Sitz ihrer Gefühle zu akzeptieren und damit letztendlich eine psychosomatische Grundlage für ihre Beschwerden anzuerkennen. Es stellt sich grundsätzlich die Frage, inwieweit das Modell, das die Therapeutinnen mit den Lokalisierungsfragen transportieren wollen, den individuellen Konzepten bzw. Empfindungen der Patienten gerecht wird.

## *Zusammenfassung der Funktion und Merkmale der Lokalisierungsfragen*

### Funktion:

- Mit der Frage soll ein Zusammenhang von Gefühlen und Körper hergestellt werden. Der Frage liegt ein eher unidirektionales psychosomatisches Konzept zugrunde, das eine Repräsentation von Gefühlen im Körper annimmt und damit eine Kausalität von psychischen Zuständen und somatischen Beschwerden herstellt.
- Im Speziellen soll ein Zusammenhang von Gefühlen und körperlichen Beschwerden etabliert werden, die den Anlass für den Krankenhausaufenthalt bilden (vgl. dazu vor allem Beispiele 3 und 4).

### Interaktive Merkmale:

- Die Frage wird sequentiell nicht ganz so systematisch eingesetzt wie die `Aktualisierungsfrage`. Die Therapeutinnen knüpfen zwar auch mit der `Lokalisierungsfrage` an Schilderungen der Patienten an. Die Frage wird aber häufiger zunächst entweder interaktiv vorbereitet (vgl. Beispiel 3, in dem sie Therapeutin der Patientin zunächst von sich aus ein Gefühl anbietet, bevor sie die `Lokalisierungsfrage` stellt) oder die Frage wird als Reformulierung eingesetzt (vgl. Beispiel (1)).
- Aufgrund der Zielgerichtetheit der Therapeutinnen (Gefühle sollen möglichst mit den körperlichen Beschwerden in Zusammenhang gebracht werden, die den Grund des Krankenhausaufenthaltes bilden), kommt es im Anschluss an die (für die Therapeutinnen unbefriedigende) Antwort der Patienten öfter zu Nachfragen oder auch komplexen Aushandlungen.

### Inhaltliche Merkmale:

- Die Frage beinhaltet eine gewisse Präsupposition: Es wird davon ausgegangen, dass Gefühle im Körper lokalisiert sind.
- Das psychosomatische Konzept - Gefühle „sitzen“ im Körper bzw. „gehen“ in den Körper hinein - wird metaphorisch gefasst: Den Gefühlen werden quasi-humane Attribute zugeschrieben. Sie werden zu Aktanten, die im Körper lokalisiert werden können.
- Die Frage wird referentiell vage gehalten: Der Körper wird, zumindest in der initialen Frage, nicht als Referent eingeführt.
- Wie auch bei der `Aktualisierungsfrage` handelt es sich bei der `Lokalisierungsfrage` um eine `B-event-Frage`: Der Patient hat einen privilegierten Zugang zum Wissen

über seinen eigenen Körper. Dennoch wird, wie auch bei der interaktiven Bearbeitung der `Aktualisierungsfragen`, dieses Wissen von den Therapeutinnen zum Teil infrage gestellt.

### *Zu den Reaktionen der Patienten*

Die Reaktionen auf die Lokalisierungsfragen verlaufen ähnlich wie die Reaktionen auf die Aktualisierungsfragen: Die Patienten können keine direkte Verbindung von einem bestimmten Gefühl und ihren körperlichen Beschwerden feststellen. Das Modell als solches – Gefühle sind im Körper lokalisiert - wird in keiner der hier untersuchten Sequenzen zurückgewiesen oder hinterfragt, die Patienten können z.T. auch eine körperliche Reaktion auf ihre Gefühle spüren und können auch einen Körperteil angeben, an dem sie ihre Gefühle wahrnehmen, einen direkten Zusammenhang von ihren Gefühlen und ihren Beschwerden können sie allerdings, auch auf Nachfrage, nicht feststellen.

Den Lokalisierungsfragen liegt wie auch den Aktualisierungsfragen ein einfaches Reiz-Reaktions-Modell zugrunde: Das Modell ist eher eindimensional ausgerichtet und nimmt einen direkten Zusammenhang von Emotion und spezifischer körperlicher Reaktion an. Dass die Patienten ihre Gefühle und körperlichen Beschwerden aber nicht so direkt und linear zuordnen können, zeigt sich besonders eindrücklich an Beispiel (4), in dem die Patientin aufgrund der Nachfragen der Therapeutin mehrfach den Versuch unternimmt, ihre Emotionen körperlich zu lokalisieren, letztendlich aber kapitulieren muss.

### **7.1.3 Psychosomatische Zusammenführungen**

Im Gegensatz zu den in den Kapiteln 7.1.1 und 7.1.2 vorgestellten Verfahren handelt es sich bei dem im Folgenden präsentierten Verfahren nicht um eine Frage, sondern um ein psychosomatisches Erklärungsangebot der Therapeuten (wobei sich im Vor- und Umfeld der Zusammenführungen häufig Fragen finden bzw. in einem Fall eine Zusammenführung tatsächlich in Frageform realisiert wird). Diese Erklärungsangebote werden als psychosomatische Zusammenführungen bezeichnet.

Der Begriff `Zusammenführung` hebt einerseits auf den Umstand ab, dass durch dieses Verfahren generell psychische und physische Vorgänge miteinander in Beziehung gesetzt, also `zusammengeführt`, werden, und andererseits darauf, dass persönliche Erlebnisse oder auch Gefühle oder seelische Belastungen der Patienten in einen direkten Zusammenhang mit ihren körperlichen Beschwerden gebracht werden. Anders ausgedrückt wird mit diesem Verfahren einerseits ganz allgemein ein psychosomatisches Modell angeboten, das psychische Belastun-

gen oder auch Belastungszustände als Ursache für körperliche Probleme annimmt, zum anderen werden konkrete Erlebnisse der Patienten auf dieses Modell bezogen und somit quasi einem zugrunde liegenden Muster zugeordnet<sup>66</sup>.

Psychosomatische Zusammenführungen ähneln inhaltlich-strukturell und gesprächsorganisatorisch in vielen Merkmalen medizinischen Diagnosen und psychoanalytischen Deutungen, weisen aber auch von diesen sprachlichen Aktivitäten abweichende Merkmale auf. Bevor näher auf die charakteristischen Merkmale der Zusammenführungen eingegangen wird, soll zuvor eine Abgrenzung dieses Verfahrens zu Diagnosen und Deutungen vorgenommen werden. `Diagnose´ wird in der Medizin definiert als eine „überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff“ (Pschyrembel 2002: 361). Die Therapeuten in den hier untersuchten Daten können keine Diagnosen in diesem Sinne verwenden: Es existieren keine Befunde, die die Beschwerdebilder „überzeugend“ zuordnen können, vielmehr gibt es Indizien, die auf eine psychosomatische Erkrankung hindeuten und aufgrund derer eine psychosomatische Zusammenführung erfolgt. Diagnosen operieren oftmals mit der genauen Benennung einer Erkrankung, sie aktivieren ein `label´, das eindeutig als Krankheit klassifiziert ist (z.B. in den Diagnosesystemen ICD-10 oder DSM-IV<sup>67</sup>) und können damit den Beschwerden nicht nur oftmals eine Ursache zuordnen, sondern auch (erfolgreiche) Behandlungsmöglichkeiten in Aussicht stellen. Zwar existieren auch in den Diagnosesystemen unterschiedliche Bezeichnungen für psychosomatische Beschwerden wie somatoforme Störungen, funktionelle Störungen, allgemeines psychosomatisches Syndrom usw. (vgl. AWMF-Leitlinie 2001,

---

<sup>66</sup> Neben diesen relativ stark ausgebauten Zusammenführungen setzen Therapeuten manchmal auch Verfahren ein, die als `minimale Zusammenführungen´ bezeichnet werden können, die in dieser Arbeit jedoch nicht untersucht werden. Diese Zusammenführungen werden ebenfalls sequentiell an Schilderungen der Patienten angeknüpft, weisen allerdings keine Rückbezüge auf, sondern sind wesentlich stärker an den Schilderungen der Patienten angelehnt und werden eher in Form einer Conclusio realisiert. Ein Großteil dieser minimalen Zusammenführungen kann auch als `upshot formulations´ bezeichnet werden, da sie die relevante Implikation, den `upshot´ der Äußerung des vorangegangenen Sprechers formulieren (vgl. Antaki 2008; Antaki et al. 2005; Heritage/Watson 1979).

Ein Beispiel:

- 915 P: aber so geht=s ( ) ALle bei uns fascht eigentlich.=  
916 !JE!der isch unzufrieden.  
917 und dann (-) kann=s sein man [schnauzt sich MORgens schon  
918 T: [hm=hm,  
919 P: gegenseitig an obwohl man=s gar net WILL;=  
920 =man [entSCHULDigt sich dann später daFÜR [aber- (-)  
921 T: [hm=hm, [ah=ja;  
922 P: man KANN einfach net anders.  
**923 T: is ja n GANZ hoher anspannungsgrad.=ja?**  
924 P: ja=[a,

<sup>67</sup> ICD-10 steht für die 10. Revision der von der WHO herausgegebenen „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, DSM-IV ist die Abkürzung für die vierte Ausgabe des von der American Psychiatric Association publizierten „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen).

051/001<sup>68</sup>, 3.3), die den Beschwerden einen `Namen` geben, allerdings sind die Symptome oft diffus und nicht eindeutig kausal zuzuordnen.

Durch die Diagnose wird die `illness` („the innately human experience of symptoms and suffering“ (Kleinman 1988: 33)) zu einer medizinisch validierten `disease` („an alteration in biological structure or functioning“ (ibid: 53) (vgl. Heritage 2005: 83). Die medizinische Validität wird vor allem an der Messbarkeit und Objektivierbarkeit der Erkrankung festgemacht:

Modern-day diagnosis is closely associated with the scientific method. Diagnoses are regarded as scientific hypotheses that serve to explain disease. In this frame, the best diagnoses are seen as those that are objectively verifiable and measurable, based in objective science. Other diagnoses, one that must be inferred or that are mere descriptions of the symptoms rather than explanations of them are seen as less valid, less believable, and in need of further verification (Felson Duchan et al. 2005: 7).

Genau diese Zuordnung der Symptome zu einer medizinisch validierten und objektivierbaren Krankheit bleibt den Patienten in den hier untersuchten Daten verwehrt. In diesem Denkmuster sind die psychosomatischen Zusammenführungen also “less valid, less believable” und “in need of further verification“.

Diagnosen werden meist nur einmal von dem behandelnden Arzt (während oder nach der Untersuchung bzw. nach Auswertung der Laborergebnisse oder Tests) gestellt. In den hier untersuchten Gesprächen werden die Patienten mehrfach mit psychosomatischen Zusammenführungen konfrontiert, die sich im Verlauf der Sitzungen auch verändern können.

Die sequentielle Platzierung von Diagnosen ist oft sehr genau festgelegt. In Allgemeinarztpraxen findet sich oft ein relativ starres Untersuchungsschema (Gesprächseröffnung-Beschwerdenschilderung des Patienten – Untersuchung – Diagnose - Therapievorschlüge-Gesprächsbeendigung), das die Platzierung der Diagnoseübermittlung festlegt (vgl. dazu Robinson 2003; ten Have 1989). In den hier untersuchten Therapiegesprächen orientieren sich die Therapeuten an keinem strengen Schema, sondern bringen ihre Zusammenführung in einer ihnen passend erscheinenden sequentiellen Umgebung an.

Diagnosen weisen allerdings auch einige Gemeinsamkeiten mit den psychosomatischen Zusammenführungen auf: Diagnosen werden oft, wie auch viele Zusammenführungen, vorsichtig formuliert und in Form von Modalisierungen abgeschwächt. Zwar existieren auch sehr direkt gehaltene Diagnosen (vgl. Maynard 1989, 1991; Peräkylä 1998), in vielen Fällen finden sich aber auch zurückhaltendere Formen der Diagnosevermittlung, die den Patienten und sei-

---

<sup>68</sup> Die Leitlinie „Somatoforme Störungen“ AWMF- Reg.-Nr. 051/01 – 09 basiert auf der 10. Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen der WHO (Kapitel F45 der ICD-10). AWMF steht für die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/051-001.htm>

ne möglichen Einwände mit einbeziehen und eine eindeutige Krankheitszuschreibung bzw. ein 'labelling' vermeiden (vgl. Gill/Maynard 1995).

Eine weitere Ähnlichkeit von Diagnosen und Zusammenführungen besteht in ihrer 'Erklärungsbedürftigkeit': Peräkylä (1998) und auch Heritage (2005) zeigen in ihren Analysen, dass Ärzte ihre Diagnosen und die angeführten Evidenzen für 'accountable', also erklärungsbedürftig, halten. Peräkylä (1998: 303) macht deutlich, "that the delivery of diagnosis is systematically organized so as to treat evidence as observable and intelligible for both the doctor and the patient". Gerade, wenn die Diagnosen als problematisch oder unsicher gelten, unterstützen die Ärzte ihre Diagnosen mit Evidenzen (vgl. *ibid.*). Eine Diagnose ohne Evidenzen kann als „presumptive“ und „bald assertion“ charakterisiert werden (vgl. Maynard 2004: 57) und kann von den Rezipienten als solche behandelt werden (vgl. *ibid.*: 59). Auch in den psychosomatischen Zusammenführungen finden sich oft unterstützende Evidenzen oder auch Fragen, die auf die persönliche Einschätzung des Patienten in Bezug auf seine Krankheit abzielen.

Auch wenn Unterschiede zwischen Diagnosen und psychosomatischen Zusammenführungen bestehen, so ist die Grenze zwischen beiden sprachlichen Aktivitäten nicht immer eindeutig zu ziehen. Ten Have (1989) hat in seinen Daten zum Teil eine (für ihn problematische) Konvergenz von der normalen medizinischen Form und „Therapy Talk“ ausgemacht, die er u.a. an einem Beispiel festmacht, in dem es um psychosoziale Probleme des Patienten in einem medizinischen Setting geht.

Psychosomatische Zusammenführungen und psychoanalytische Deutungen haben viele Merkmale gemein. Der Hauptunterschied der beiden Sprachhandlungen ist die Reichweite bzw. der Geltungsanspruch: Die psychoanalytische Deutung hat den Anspruch, die *unbewussten* Anteile von Konflikten des Patienten an die Bewusstseinsoberfläche zu bringen und ihn somit letztendlich von seinen Leiden zu befreien. Patienten teilen dem Therapeuten in 'freier Assoziation' mit, was ihnen durch den Kopf geht, der Therapeut soll durch den Zustand der 'freischwebenden Aufmerksamkeit' die Äußerungen des Patienten begleiten und dort, wo es ihm notwendig erscheint, Übertragung oder Widerstand des Patienten deuten, um ihn so zu einem Verständnis seiner Erkrankung zu verhelfen (vgl. Auchter/Strauss 1999: 59). Die psychosomatische Zusammenführung hingegen benennt dem Patienten *bewusst* zugängliche Phänomene (wie z.B. bestimmte psychosoziale Belastungen), die er in dieser Form teilweise selber genannt hat und führt diese z.B. mit seinen körperlichen Beschwerden zusammen, was der Patient so in den meisten Fällen bisher noch nicht getan hat.

Auffällig sind aber vor allem die Gemeinsamkeiten von psychoanalytischen Deutungen und

psychosomatischen Zusammenführungen. Deutungen und Zusammenführungen haben beide gemein, dass sie sich nicht, anders als eine Vielzahl medizinischer Diagnosen, auf unabhängige medizinisch objektivierbare und technisch validierbare Tests berufen können, die ihre Aussagen unterstützen (vgl. dazu auch Buttny 1996: 148), sondern auf das vom Patienten bereitgestellte Material zurückgreifen müssen. Vehviläinen (2003: 587f.) nennt vier Merkmale der Deutung:

- 1) Sie ist ein 'B-event-statement' (vgl. Labov/Fanshel 1977), d.h., der Analytiker beschreibt etwas aus der Psyche des Patienten und setzt somit eine Bestätigung, eine Ausführung etc. des Patienten relevant.
- 2) Die Deutung besteht aus Material, das der Patient zur Verfügung gestellt hat.
- 3) Sie verbindet unterschiedliche Sphären des Erlebens des Patienten, die dieser als separate Ereignisse geschildert hat.
- 4) Zugleich fungiert die Deutung als Erklärung für die Erfahrungen des Patienten.

Die psychosomatischen Zusammenführungen stimmen in den Merkmalen 2) – 4) mit Vehviläinens Definition der Deutung überein. Der Aspekt des Unbewussten, der in Merkmal 1) zum Tragen kommt, ist kein Definitionskriterium für die psychosomatische Zusammenführung. Versteht man unter 'B-event statement' allerdings allgemein eine Aktivität, mit der Ereignisse oder Eigenschaften beschrieben werden, zu denen der Zuhörer gegenüber dem Sprecher einen unmittelbaren Zugang hat, treffen die vier genannten Merkmale alle auch auf psychosomatische Zusammenführungen zu.

Peräkylä (2004), der sich mit Deutungen beschäftigt hat, die verschiedene Erfahrungsdomänen der Patienten miteinander verbinden, zeigt auf, dass diese von ihm untersuchte Form der Deutung einen generischen Moment eines institutionellen Gesprächs darstellt: „[T]he management of descriptions of individual experiences to make them fit into an underlying pattern.“ (ibid: 303). Diese Einordnung in ein „underlying pattern“ findet auch mithilfe der Zusammenführungen statt: Die einzelnen Erfahrungen bzw. Beschwerden oder Belastungen der Patienten werden einem zugrunde liegenden psychosomatischen Modell zugeordnet.

In einer weiteren Arbeit hat Peräkylä (2005) festgestellt, dass sich Deutungen durch eine „multi-unit organization“ (vgl. dazu Linell et al. 2003) auszeichnen: Sie enthalten unterschiedliche Aspekte und Elemente, von denen sich die Patienten einen herausgreifen und relevant setzen können. Diese „multi-unit organization“ lässt sich auch in vielen der psychosomatischen Zusammenführungen finden: Die Therapeuten beziehen oft unterschiedliche As-

pekte mit ein, um dem Patienten eine durch verschiedene Evidenzen gestützte psychosomatische Erklärung seiner Beschwerden anzubieten.<sup>69</sup>

Eine weitere Gemeinsamkeit von Deutungen und Zusammenführungen betrifft den von den Deutungen bzw. Zusammenführungen initiierten Interaktionsverlauf. Buttny (1996) macht deutlich, dass die therapeutische Zuschreibung den `first pair part` eines `adjacency pairs` darstellt, da „[t]elling others something about themselves - whether as an ascription or recommendation - makes relevant a response from the recipient either to accept it or to put the record straight” (ibid: 138). Der Therapeut wiederum hat die Möglichkeit, mit einem `third turn` (vgl. Heritage 1984) auf die Patientenäußerung zu reagieren. Buttny (1996: 140) spricht von einer „three-part sequence“, die er folgendermaßen konzeptualisiert:

- 1) therapist's ascription or recommendation
- 2) client's response or evaluation
- 3) therapist's evaluation of the client's response

In den hier untersuchten Daten kann diese Dreiteilung als `Minimalsequenz` gesehen werden, da dem dritten Schritt, der Therapeutenäußerung, meist noch weitere Turns folgen, mit denen der Ausgangspunkt, die psychosomatische Zusammenführung, bearbeitet und ausgehandelt wird (vgl. Kapitel 7.3).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich psychoanalytische Deutungen und psychosomatische Zusammenführungen im Hinblick auf gesprächsorganisatorische und interaktionssteuernde Aspekte gleichen und turnintern ähnlich organisiert sind. Der Hauptunterschied ist, dass Deutungen auf das Unbewusste des Patienten zielen, Zusammenführungen aber bewusste Inhalte thematisieren, diese aber in eine eventuell für den Patienten unbekannte Beziehung setzen.

Neben den psychoanalytischen Deutungen existieren auch Deutungsformate, die nicht auf das Unbewusste des Patienten abzielen, sondern, gerade in der Arbeit mit somatoformen Patienten, darauf ausgerichtet sind, die körperlichen Symptome des Patienten mit einer interpersonellen Bedeutung zu verknüpfen und damit den „aktiven interventiven Beitrag des Therapeuten zur „Repsychisierung“ und zur Reformulierung der somatoformen Symptomatik in der Sprache der Lebensgeschichte dar[stellen]“ (Scheidt 2002: 119). Auch so genannte Fokussie-

---

<sup>69</sup> Wie auch bei der von Peräkylä beschriebenen „multi-unit“-Organisation der Deutungen kommt die „multi-unit“-Organisation der psychosomatischen Zusammenführungen oft dadurch zustande, dass Therapeuten nach nur minimalen Zustimmungen der Patienten ihre Deutungen umformulieren oder neue Elemente hinzufügen, um eine explizite Antwort bzw. Zustimmung des Patienten zu elizitieren.

rungen bzw. Fokusformulierungen, dienen dazu, den Patienten zu vermitteln, ihr körperliches Symptom als Ausdruck einer zugrunde liegenden Konfliktspannung zu verstehen. Der Konflikt wird dabei als Gefühlsausdruck verstanden, den der Patient selbst nur schwer wahrnehmen bzw. artikulieren kann (vgl. Schneemann 2007: 27). Solche Fokusformulierungen werden auch für die psychotherapeutische Behandlung in der hier zugrunde liegenden Studie bei Patienten empfohlen, deren psychosomatisches Krankheitsverständnis fortgeschritten ist (vgl. *ibid.*).

Die Zusammenführungen können als spezifische Formate solcher Deutungen bzw. Fokussierungen verstanden werden. Bezogen auf das der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen“ zugrunde liegende Reattributionsmodell entsprechen die Zusammenführungen dem Punkt „making the link“, also einer offenen Verbindung von psychologischen und physischen Faktoren<sup>70</sup> (vgl. Goldberg et al. 1989: 693).

Zusammenführungen werden, in unterschiedlichem Ausmaß und auch in unterschiedlicher Form, von fast allen Therapeuten in den hier untersuchten Gesprächen eingesetzt. Unterschiede in der Form beziehen sich zum Beispiel auf die Konkretheit der Zusammenführungen (z.B. die konkrete Bezeichnung „Seele“ vs. die Bezeichnung „Reiz“ als Auslöser für körperliche Reaktionen) und auch auf den Grad der Individualisierung (z.B. die Auflistung von persönlichen Belastungen der Patienten versus eine eher abstrakt-allgemein gehaltene Darstellung). Die sprachlich-kommunikative Ausgestaltung der Zusammenführungen ist immer auch abhängig von der sequentiellen Umgebung, in der sie stattfinden, und von dem Wissen, das die Therapeuten zu dem jeweiligen Zeitpunkt über die Patienten haben.

Dem Verfahren sind, trotz einiger inhaltlicher und formaler Unterschiede, die folgenden Merkmale gemein: Die Zusammenführungen stellen eine Verbindung von psychischen Phänomenen oder Belastungszuständen und körperlichen Beschwerden her, und sie stellen oft allgemeine Regeln in Bezug auf psychosomatische Zusammenhänge auf. In den Zusammenführungen werden Informationen über die Patienten aufgegriffen, die diese zuvor in den Gesprächen zur Verfügung gestellt haben. Durch die Einbettung der konkreten Lebensumstände bzw. psychischen Belastungen oder auch der konkreten Beschwerden der Patienten in das psychosomatische Modell wird den Patienten eine Erklärung ihrer Beschwerden angeboten bzw. werden dadurch sowohl die Beschwerden als auch das Modell plausibilisiert. Da die Zusammenführungen Aussagen über Situationen und Sachverhalte treffen, zu denen die Patienten im Gegensatz zu den Therapeuten einen privilegierten Zugang haben, können sie als *Be-event-statements* (vgl. Labov/Fanshel 1977) interpretiert werden.

---

<sup>70</sup> Zu einer Erläuterung des Reattributionsmodell nach Goldberg et al. (1989) bzw. der Umsetzung des Modells innerhalb der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen“ vgl. Kapitel 5.1.

Die folgenden Beispiele sind nach dem sequentiellen Einstieg in die Zusammenführungen geordnet. Zunächst werden Zusammenführungen demonstriert, die aus dem laufenden Gespräch heraus realisiert werden. Dabei knüpfen die Therapeuten zum Teil an Belastungssituationen an, von denen die Patienten direkt zuvor berichtet haben. Im Anschluss daran werden Zusammenführungen gezeigt, die nach Fragen der Therapeutin zu psychosomatischen Zusammenhängen realisiert werden. Oft sind dies Fragen, die die Patienten dazu auffordern, selber einen psychosomatischen Zusammenhang herzustellen.

Auf die Reaktionen der Patienten im Anschluss an die Zusammenführungen wird hier nicht ausführlich eingegangen. Sie werden im anschließenden Kapitel 7.2 gesondert dargestellt.

Im Anschluss an die Analysen werden Funktion und Merkmale der psychosomatischen Zusammenführungen zusammengefasst.

In dem folgenden ersten Beispiel realisiert der Therapeut eine Zusammenführung aus dem laufenden Gespräch heraus, ohne dass zuvor explizit eine Belastung des Patienten thematisiert wurde.

Vor Beginn des folgenden Abschnitts hat der Patient geschildert, dass er, auch aufgrund seiner Verantwortung im Beruf, eine gewisse Härte und Stärke entwickelt hat. Er nennt anschließend ein Gegenbeispiel, indem er Menschen anführt, denen alles „aus dem Weg geräumt wurde“ und die sich daher nicht durchsetzen können. Er schätzt diese Menschen zwar, weist aber darauf hin, dass sie Probleme im Umgang mit solchen Menschen haben, die gelernt haben, sich durchzusetzen. Daraufhin realisiert der Therapeut seine Zusammenführung.

(1) – (0084-3) „wo der Reiz zu stark ist“ – *Fuß-/Waden-Schmerzen, Schwächegefühl/Müdigkeit*

01 T: also DA- (-)  
 02 das is sicher RICHTig dass (-) dass wir (-) als MENschen==  
 03 =wir BRAUchen (-- ) ähm (.) AN (.) reize, (-)  
 04 wo wir geFORdert werden-  
 05 P: ja;=  
 06 T: =an denen wir WACHsen;  
 07 [ja,  
 08 P: [<<leise>> hm=hm,  
 09 (--)  
 10 T: h.  
 11 es GIBT allerdings dann situationen- (--)  
 12 wo: der- (--)  
 13 der reiz zu STARK ist;=ja, (-)  
 14 und wo dann die- (-- ) die (-- ) möglichkeiten das zu bewältigen  
 15 überFORdert sind;  
 16 ja, (--)  
 17 und dann reagiert der KÖRper; (-)  
 18 ja,  
 19 (--)  
 20 P: denk ich SCHO-  
 21 viELLEICHT- (1.19)

22 also i war jetz grad bei dieser (-- ) öh:m (.) e em GE oder  
 23 wie sich des nennt, (---)  
 24 hat im prinzip s GLEIche rauskriegt wie die  
 25 untersuchung FRÜHer=  
 26 =es sin (.) nerve (.) geSCHÄdigt, (-)  
 27 un WAS jetz wieder-  
 28 das muss ma jetz positiv sage-  
 29 SIND geSCHÄdigt,=  
 30 aber keine neue schädigung (hin)ZUkomme,=  
 31 T: =hm=hm,  
 32 (-)  
 33 P: und !MEI!ne große angscht war ja dass diese  
 34 KINderlähmung weitermacht;  
 35 aus diesen [ganzen berICHte;

Der Therapeut würdigt zunächst, als Reaktion auf die vorangegangenen Schilderungen des Patienten, die Anreize, die Menschen brauchen, um gefordert zu werden (Z. 02-06). Er geht dann allerdings dazu über darauf hinzuweisen, dass es Situationen gebe, in denen dieser „Reiz“ zu stark ist, so dass der Körper reagiert (Z. 11-17). Ein zu starker Reiz wird also mit einer körperlichen Reaktion zusammengeführt. Diese Zusammenführung ist sehr abstrakt und allgemein gehalten, der Patient taucht nicht als konkreter Adressat auf. Es ist nicht der Patient, der durch den zu hohen Reiz überfordert ist, sondern es sind die „Möglichkeiten“, die überfordert sind (Z. 14/15). Auch bezieht der Therapeut die körperliche Reaktion nicht direkt auf den Patienten, sondern er spricht allgemein von „dem Körper“ (Z. 18). In der Äußerung des Therapeuten finden sich einige turninterne Pausen, die einerseits auf Formulierungsschwierigkeiten hindeuten können, zum anderen aber auch eine strukturelle Dispräferenz indizieren können. Durch `tag questions` und anschließende Redezugvakanz (vgl. Bergmann 1982) erhält der Patient zwei Mal die Möglichkeit, auf die Äußerung des Therapeuten zu reagieren (Z. 13, 18), was er jedoch nicht wahrnimmt. Erst nachdem der Patient diese `slots` nicht angenommen hat, führt der Therapeut explizit den Körper als einen `Ort` ein, an dem sich die Überforderungen manifestieren.

Die folgende Zusammenführung wird nach einer Kritik des Patienten an der von der Therapeutin durchgeführten Entspannungsübung realisiert.

An dieser Stelle soll auch auf den von der Therapeutin eingesetzten Rückbezug<sup>71</sup> hingewiesen werden (vgl. Bercelli et al. 2003; Stresing 2006): Die Therapeutin greift eine zuvor erhaltene

---

<sup>71</sup> Bercelli et al. (2003), die ganz allgemein Rückgriffe auf bereits im psychotherapeutischen Gespräch thematisierte Sachverhalte untersucht haben, unterteilen Rückbezüge (`recallings`) nach Rückbezügen, die eine in der gleichen Sitzung vom Patienten zur Verfügung gestellte Information relevant setzen (`intrasession recallings`) und solchen, die auf Informationen aus anderen Gesprächen mit dem Patienten verweisen (`intersession recallings`). Die Autoren unterteilen die Rückbezüge außerdem in Rückbezüge, die explizit darauf verweisen, dass der Patient diese Information selbst zur Verfügung gestellt hat (`marked recallings`) und solche, die implizit Bezug auf Ausdrücke oder Wörter nehmen (`unmarked recallings`). Auf diese Klassifikation wird in dieser Arbeit allerdings nicht zurückgegriffen.

Information über den Patienten auf und verwendet sie als Evidenz für ihre Zusammenführung. Solche Rückbezüge finden sich auch in den weiter unten dargestellten Beispielen. In diesem Beispiel verweist die Therapeutin darauf, dass der Patient von einer Unruhe und Anspannung gesprochen hat, die sie als Gründe für körperliche Symptome anführt. In den weiter unten dargestellten Beispielen finden sich auch Rückbezüge, die als biographische Evidenzen für spezifische Belastungssituationen oder Gefühle der Patienten fungieren oder Rückbezüge, die darauf verweisen, dass die Patienten selbst einen Zusammenhang von einer Belastung und einer körperlichen Reaktion darauf festgestellt haben.

Vor Beginn der nachfolgenden Sequenz hat die Therapeutin mit dem Patienten eine Entspannungsübung durchgeführt, die auf die Körperwahrnehmung abzielt. Der Patient hat daraufhin Kritik geäußert, da er von einer Sensibilisierung seiner Körperempfindungen eher wegkommen möchte. Durch eine Hypersensibilisierung würde er mögliche normale körperliche Phänomene als krankhaft interpretieren. Mit dem Ende seiner kritischen Äußerung setzt das Transkript ein.

(2) – (0095-3) „was Gefühle in ihrem Körper auslösen“ – *Zittern, körperliche Unruhe*

37 P: =eben diese übersens[sibilis:ierung auf (-) Einzelne bestimmte  
38 T: [ja-  
39 KÖRper[teile körperreGIONen,  
40 T: [hm=hm-  
41 P: (-) wo i sag hey du bisch beKLOPPT- ja,  
42 T: hm=hm-  
43 (--)  
44 P: so: da: drauf spechten was pasSIERT da,  
45 oder wens mal im ARM kribbelt oder zuckt das[s man dann gleich  
46 T: [ja-  
47 P: denkt HU: (-- ) ja;  
48 T: (.) ja ich verSTEH was sie meinen;  
49 **des (.) des WICHTige wär halt (-- ) die sensibilität für den**  
50 **KÖRper und dann (.) im NÄCHSten schritt natürlich auch (-- ) den**  
51 **zuSAMmenhang;=**  
52 **=also wenn (.) was gefühle in ihrem körper AUSlösen; ja,**  
53 (1.22)  
54 P: was gefühle in meinem körper AUSlös[en;  
55 T: [ja-  
56 P: oh; ((lacht leicht))  
57 **T: ((lacht leicht)) nee (.) was sie neulich berichtet haben von dieser**  
58 **UNruhe; ne,**  
59 P: hm=hm,  
60 **T: ANspannung;**  
61 P: ja-  
62 **T: des führt (-- ) natürlich AU:CH zu ner die (-) also muskelanspannung**  
63 **erHÖHT sich; ne,**  
64 **wenn man [sich so FÜHLT;**  
65 P: [hm=hm,  
66 (--)  
67 **T: BLUTdruck steigt an HERZfrequenz steigt an;**  
68 (-)  
69 **T: und sowas KANN natürlich dann auch zu symptomen FÜHren; ja,**  
70 (.)

71 P: hm=hm,  
72 T: (-) also: wie jetzt auch beim herzSTOLpern oder herzRASen;  
73 P: jaja,  
74 (-)  
75 T: also diese psychophysiologischen zuSAMMENhänge; ja,=  
76 =und die- (--)  
77 P: die sind mir eben eigentlich schon KLAR;  
78 T: hm=hm;  
79 P: und gerade DArauf (-) eben daraus resultIERend bin ich (.) wieder  
80 aufm weg mich diesbezüglich (---) (sie hams richtige)  
81 ( ) eben grad ( ) zu DEsensibilisieren;=ja,

Die Therapeutin äußert zunächst ihr Verständnis an der Kritik des Patienten und rechtfertigt die von ihr durchgeführte Übung damit, dass es wichtig sei, eine Sensibilität für den eigenen Körper zu schaffen (Z. 49). Sie macht in ihrer darauf folgenden Äußerung, mit der die Zusammenführung beginnt, deutlich, dass dies allerdings nur *ein* Schritt sei. Der nächste Schritt sei es dann zu bestimmen, was Gefühle im Körper des Patienten auslösen (Z. 52). Nach einer Pause wiederholt der Patient eher skeptisch-fragend die Äußerung der Therapeutin (Z. 54), fügt ein „oh“ (Z. 56) hinzu und lacht leicht. Die Therapeutin setzt daraufhin, ebenfalls leicht lachend, einen Rückbezug ein und verweist auf die Unruhe und Anspannung, von der der Patient selbst berichtet hat (Z. 57/58, Z. 60). Der Rückbezug wird von dem Patienten minimal ratifiziert (Z. 59). Daraufhin führt die Therapeutin die Unruhe und Anspannung mit körperlichen Reaktionen zusammen: Sie zählt zunächst mögliche Reaktionen auf („Muskelanspannung erhöht sich“, „Blutdruck steigt an“, „Herzfrequenz steigt an“, Z. 62/63, Z. 67) und führt diese wiederum als Ursache für die Symptome des Patienten an (Z. 69). Der Patient liefert nur ein minimales Hörersignal (Z. 71). Die Therapeutin führt daraufhin noch einmal konkrete Symptome wie „Herzstolpern“ und „Herzrasen“ an und spitzt ihre Ausführungen mit dem Begriff „psychophysiologische Zusammenhänge“ (Z. 75) zu. Sie setzt also medizinisches Fachwissen ein, um psychosomatische Zusammenhänge deutlich zu machen<sup>72</sup>. Die Therapeutin setzt dazu an, ihre Äußerung fortzusetzen, wird dann aber, nach einer kleinen Pause, vom Patienten unterbrochen (Z. 77). Mit seiner Äußerung ratifiziert er zwar das Modell der Therapeutin, die Zusammenhänge sind ihm klar, er kritisiert damit aber zugleich, wenn auch indirekt, noch einmal die zuvor durchgeführten Übungen: Die Zusammenhänge sind ihm „eben“ eigentlich schon klar. Durch die Modalisierung durch „eben“ verweist er darauf, dass er solche Übungen nicht mehr braucht, da er die Verbindungen von Anspannung und körperlicher Reaktion bereits kennt.

In dem nachfolgenden Beispiel setzt die Therapeutin eine Zusammenführung ein, nachdem die Patientin von Belastungen an ihrem Arbeitsplatz berichtet hat.

<sup>72</sup> Die Erläuterung psychophysiologischer Modelle wird in dem Behandlungsmanual der Studie „Die psychotherapeutischen Behandlung somatoformer Störungen“ explizit empfohlen. Vgl. Kapitel 5.1.

Der Sequenz unmittelbar vorausgegangen ist die Beschwerde der Patientin über ihre aktuelle berufliche Situation. Sie fühlt sich bei ihrem Arbeitgeber nicht mehr wohl und entwickelt teilweise auch ein körperliches Unwohlsein, wenn sie morgens an ihren Arbeitsplatz kommt. Die Patientin hat bereits darüber nachgedacht, ihren Arbeitsplatz zu wechseln, formuliert aber die Sorge darüber, dass sie, sollte sie einen neuen Job annehmen, mit einem geringen Gehalt einsteigen müsste. Daraufhin fragt die Therapeutin danach, ob sie auf beide Einkommen, gemeint ist ihr Einkommen und das ihres Mannes, angewiesen ist, mit der der folgende Ausschnitt beginnt.

(3) – (0033-3) „auf ihren Schultern tragen“ – *diverse Beschwerden, u.a. Schwächegefühl in den Beinen*

1079 T: sind sie darauf ANgewiesen auch?  
1080 P: ja=a SCHON; (-)  
1081 SCHON ja=a;  
1082 T: brauchen sie BEIde einkommen eigentlich?  
1083 P: ja=a,  
1084 (1.2)  
1085 T: **naja aber was (.) !MIR! wichtig is dass sie einfach SEH:N (-)**  
1086 **((schluckt))**  
1087 **WAS da alles (.) was sie alles so auf ihren SCHULtern (.)**  
1088 **tragen [sag ich mal;=**  
1089 P: [hm=hm,  
1090 T: **=oder auf dem RÜCKen?**  
1091 **((atmet ein))**  
1092 **äh:m (-) was da alles zuSAMmenkommt?**  
1093 (1.2)  
1094 **was eben (.) auch das SCHMERZerleben was sie (.) vorhin**  
1095 **angesprochen haben (.) verändern kann.=ja?=  
1096 =dass es einfach dann zu (.) STÄRkeren schmerzen kommt?**  
1097 (1.0)  
1098 **es kann zu stärkeren ÄNGSten komm;=**  
1099 **=es kann auch zu stärkeren sag ich ma (-) depresSiven**  
1100 **verstimmungen kommen.=ja?**  
1101 (--)  
1102 **wenn dieser geSAMtanspannungsgrad (-) hoch is.=[ja?**  
1103 P: [hm=hm,  
1104 (--)  
1105 T: **oder es kommt zu mehr KÖRperlichen sympTtomen.=ja?**  
1106 P: ja,  
1107 T: **und wie sie grad Abend=äh selber nochmal gemerkt haben,=**  
1108 **=da is also n ganz direkter zuSAMmenhang bei ihnen eigentlich**  
1109 **von dieser (-) beruflichen beLASTung? (--)**  
1110 **und ner körperlichen (--)  
1111 P: [hm=hm,  
1112 T: **=jetz dieses (.) MAgendruck od[er (.) GALle oder nichts ESsen**  
1113 P: [hm=hm,  
1114 T: **könn;=**  
1115 **=und sie SAgten ja auch oft ess ich den ganzen tag nur n**  
1116 **bisschn OBST und-**  
1117 P: ja=a ja;  
1118 T: **erst Abends oder am WOchenende;=**  
1119 **=und [dann (gehts ihnen)**  
1120 P: **[oder (.) krieg ich dann diese FRUSCHTesserei.****

Nachdem die Patientin bestätigt hat, dass sie beide Einkommen benötigt, setzt die Therapeutin zu einer Zusammenführung an. Sie unterstreicht die Relevanz ihrer folgenden Äußerung mit der einleitenden Formulierung „was mir wichtig ist“ (Z. 1085) und geht dann dazu über, einen Zusammenhang von psychosozialen Belastungen und einer körperlichen Symptomatik herzustellen. Sie verwendet zunächst das Sprichwort „was sie da alles auf ihren Schultern tragen“, repariert dies zu „auf ihrem Rücken“<sup>73</sup> (Z. 1087, 1090) und expliziert dann „was alles“ näher als „was da alles zusammenkommt“ (Z. 1092). Obwohl die Äußerung in Frageintonation realisiert wird und die Patientin auch einen Antwort-Slot erhält, erfolgt keine Hörerrückmeldung von der Patientin, so dass die Therapeutin mit ihrem Turn fortfährt und als Folge der von ihr genannten Belastungen eine Veränderung des Schmerzerlebens nennt (Z. 1094/1095). Sie verweist mit einem Rückbezug darauf, dass die Patientin selbst bereits auf eine solche Veränderung aufmerksam gemacht hat. Die Therapeutin produziert daraufhin eine `three-part list` und nennt drei mögliche Konsequenzen der Belastungen, die die Patientin „auf ihrem Rücken trägt“, wobei die Folgen, die sie nennt, in einer `Stigmatisierungsskala` jeweils weiter nach oben gehen: Zunächst benennt sie stärkere Schmerzen, dann stärkere Ängste und als letzten Punkt nennt sie stärkere depressive Verstimmungen. Dreierlisten werden oft eingesetzt, um von dem Gegenüber eine Antwort einzufordern (vgl. Jefferson 1991) bzw. um das Gegenüber von dem eigenen Standpunkt zu überzeugen (vgl. Hutchby 2006). Die Patientin reagiert trotz einer antworteinfordernenden `tag question` (Z. 1100) nicht auf ihre Äußerung. Daraufhin `rundet` die Therapeutin ihre Äußerung mit dem Verweis darauf ab, dass dies Reaktionen seien, die auftreten, wenn der „Gesamtanspannungsgrad“ hoch ist (Z. 1102), was die Patientin mit einem minimalen „hm=hm“ ratifiziert. Die Zusammenführung ist an der verbalen Oberfläche relativ implizit gestaltet: Die Therapeutin benennt keine konkreten Belastungen der Patientin, sondern umschreibt sie mit „was“ (Z. 1087, 1092, 1094) oder eben, wie in Zeile 1102, mit dem relativ vagen Begriff „Gesamtanspannungsgrad“.

Da die Therapeutin in diesem Fall nur sehr minimale Rückmeldungssignale erhält, führt sie ihre eher implizite und allgemein gehaltene Zusammenführung weiter aus und wird konkreter und auch direkter. Sie verschiebt zunächst den Fokus von psychischen Problemen wie Ängsten und depressiven Verstimmungen wieder auf „körperliche Symptome“ (Z. 1105). Im Anschluss setzt sie einen Rückbezug ein und verweist darauf, dass die Patientin selbst einen „ganz direkten Zusammenhang“ von ihrer beruflichen Belastung und einer körperlichen Reaktion darauf gespürt hat (Z. 1108-1110). Die Patientin hatte kurz zuvor im Gespräch darauf hingewiesen, dass es ihr bereits schlecht wird, wenn sie nur an ihre Arbeit denkt. Die Thera-

---

<sup>73</sup> In diesem Fall ist dies keine Reparatur, um auf die konkreten Beschwerden der Patientin zu referieren, da diese an diffusen Schmerzen am gesamten Körper leidet.

peutin kann hier mit diesem Rückbezug also nicht nur auf eine Äußerung, sondern auf eine körperliche Symptomatik der Patientin verweisen, die sie selber im Hier und Jetzt der psychotherapeutischen Situation miterlebt hat. Die Therapeutin spezifiziert im Anschluss die „körperliche Reaktion“ mit „Magendruck, Galle, nichts essen“ (Z. 1112), was die Patientin mit zustimmenden Hörersignalen begleitet (Z. 1111, 1113). Die Patientin wird im Anschluss erneut als ‚Zeugin‘ für das von der Therapeutin dargestellte psychosomatische Modell aktiviert, indem die Therapeutin mit einem Rückbezug darauf aufmerksam macht, dass die Patientin ja erzählt habe, dass sie oft den ganzen Tag nur Obst essen könne und erst abends oder am Wochenende, also in der arbeitsfreien Zeit, mehr essen könne<sup>74</sup>. Die Patientin unterbricht die Therapeutin in ihrem Turn und erklärt, dass sie manchmal auch „diese Fruschtesserei“ kriege (Z. 1120), und differenziert damit den Rückbezug der Therapeutin<sup>75</sup>.

Auch in dem folgenden Beispiel knüpft die Therapeutin mit ihrer Zusammenführung an eine Belastungssituation an, von der die Patientin zuvor berichtet hat.

Kurz zuvor im Gespräch hat die Therapeutin die Patientin danach gefragt, wie es „für sie ist“, dass ihre kleinere Tochter jetzt bei ihr wohnt (die Patientin ist geschieden und teilt sich mit ihrem Mann das Sorgerecht). Die Patientin erklärt, dass es zwar schön sei, dass sie dadurch aber auch mehr Stress habe und dass ihre Zweizimmerwohnung manchmal zu eng sei, um alle drei Kinder zu beherbergen, die an unterschiedlichen Tagen in der Woche bei ihr wohnen und essen. Die Therapeutin fragt noch einmal nach, ob sie richtig verstanden habe, dass dienstags und donnerstags zwei der Kinder bei der Patientin wohnten. Die Patientin bestätigt dies und fügt hinzu, dass an drei Tagen in der Woche (u.a. auch dienstags) alle drei Kinder bei ihr essen.

#### (4) – (0128-2) „praktisch ne stärkere Belastung“ – *Kopfschmerzen*

01 P: zum ESse,  
 02 sind mir dann auch alle [drei DA;  
 03 T: [hm=hm,  
 04 (1.7)  
 05 T: **hab des grad so überLEGT,**  
 06 **wo sie so sagen mit KOPFSchmerzen,**  
 07 **DIENStags und DONnerstags meist,**  
 08 **also ne?**  
 09 **(jetzt SO);**  
 10 P: hm=hm;  
 11 T: **ob des-**  
 12 (1.2)  
 13 **zeitlich im (.) zuSAMmenhang stehen könnte,**  
 14 **dann wenn=es sozusagen in der wohnung auch ENG wird,**

<sup>74</sup> Die Therapeutin beendet ihren Satz zwar nicht, aufgrund der zuvor von der Patientin genannten Informationen, lässt sich allerdings darauf schließen, dass sie mit dem Fragment „erst abends oder am Wochenende“ darauf anspielt, dass die Patientin in diesen Zeiten mehr als nur Obst isst.

<sup>75</sup> Zur Darstellung der Patientenreaktion vgl. Beispiel (5) in Kapitel 7.2.

15           **wenn=es VOLL ist,**  
16           **wenn KINder da sind- (---)**  
17           ob sie sowas wie äh: (.) in ihrem tagebuch auch FESTstelln  
18           könn,  
19           wenn sie SELber mal reinschaun, (--)  
20           **ob die miGRÄne auch gehäuft kommt dann,**  
21           **eben wenn (.) eben praktisch ne stärkere beLASTung,**  
22           **sprich einfach mehr (--) KINder da sind,**  
23    P:    hm=hm;  
24    T:    **wenn=es ENger wird,**  
25           **ne?**  
26           **weil dann IS mer ja,**  
27           **ne?**  
28           **mehr koordiNIEREN,**  
29           **und weiß ich-**  
30    P:    nun äh: MONTags:- (---)  
31           denk ich kommt=es au (.) ziemlich VIEL ähm:- (-)  
32           also wenn=es na au am DIENSCHtag isch,  
33           montags schaff ich de ganze tag im GSCHÄFT,  
34    T:    [hm=hm;  
35    P:    [und hab .hh (-) au viel mit ma:-  
36           ich schaff in ner metzgereI,  
37           mit [SCHNEIden und so zu tun;  
38    T:    [hm=hm hm=HM;  
39    P:    des merk ich dann nachher AU;

Die Therapeutin leitet ihre Zusammenführung mit einer Formulierung ein („hab des grad so überlegt“, Z. 05) und bezieht sich mit einem Rückbezug auf eine zuvor von der Patientin bereitgestellte Information („Kopfschmerzen dienstags und donnerstags“, Z. 06/07). Mit diesen Informationen bereitet sie prospektiv ihre Zusammenführung vor. Daran anschließend nennt sie die von ihr durch ihre einleitende Formulierung projizierte Überlegung, nämlich, ob die Kopfschmerzen der Patientin in einem zeitlichen Zusammenhang mit den Besuchen der Kinder stehen könnten (Z. 11, 13) und führt den von ihr benannten Zusammenhang näher aus: Dienstags und donnerstags sind die Kinder der Patientin in ihrer (kleinen) Wohnung, und dann ist es in der Wohnung „eng“ und „voll“ (Z. 14/15). Dies sind Begriffe, die die Patientin zuvor verwendet hat. In indirekter Frageform adressiert sie die Patientin und fragt sie danach, ob diese selber bereits den Zusammenhang der vollen Wohnung und ihrer Migräne festgestellt hat (Z. 17-20). Sie verweist dabei auf das Symptomtagebuch, das die Patienten führen können, um mögliche psychische Belastungen und körperliche Beschwerden zu korrelieren<sup>76</sup>. Interessant ist, dass die Therapeutin den von ihr benannten Zusammenhang als *zeitlichen* Zusammenhang eingeführt hat, dass ihre Argumentation allerdings kausal ist. Dies wird auch noch einmal in ihrer abschließenden Äußerung (Z. 21/22) deutlich, in der sie die Migräne mit einer „stärkeren Belastung – sprich einfach mehr Kinder“ zusammenführt. Sie wiederholt, nach einer minimalen Zustimmung der Patientin (Z. 23), stichwortartig noch einmal ihre Begründung für eine höhere Belastung („wenn es enger wird dann muss man mehr koordinie-

<sup>76</sup> Die Vorlage für ein solches Symptomtagebuch findet sich im Behandlungsmanual im Anhang.

ren“, Z. 24-28), und überlässt dann der Patientin das Rederecht<sup>77</sup>.

Die im Nachfolgenden dargestellte Zusammenführung schließt sich an eine Schilderung der Patientin an, in der diese ihre Schmerzen u.a. auf ihren Schlafmangel zurückgeführt hat. Die Therapeutin greift diesen Zusammenhang auf und baut darauf ihre Zusammenführung auf.

Vor Beginn der Sequenz hat die Patientin auf Nachfrage der Therapeutin berichtet, dass ihr Schmerz stärker ist als sonst. Sie begründet das mit dem durch die Unruhe im Krankenhaus hervorgerufenen Schlafmangel und mit der Hitze (siehe Beginn des Transkripts).

(5) – (0023-3) „und dann fehlt auch der Schlaf“ - *Kopf- und Gelenkschmerzen, Bauchbeschwerden*

57 P: [ja;  
58 aber es kommt wahrscheinlich auch ebend (.) durch den SCHLAFmangel-  
59 un- h. is SEHR viel action auf der station los- (-)  
60 u:nd JA: halt (--) nich gerad LEIse und (.) ich hab dann halt  
61 versucht so mit musik zu entSPANnen und-  
62 h. eben und die HITze macht mir halt SEHR zu schaffen also da merk  
63 ich halt auch dass (--) von=n schmerzen her dass sich des schon  
64 bei also schon sehr be[EINflusst;  
65 T: [hm=hm-  
66 hm=hm,  
67 hm=hm-  
68 hm=hm,  
69 (---)  
70 T: schon SEHR heiß==ge,  
71 (-)  
72 P: <<stöhnend>oh> (.) WAHNSinn- ((lacht))  
73 T: <<lachend>ja>, ((lacht kurz))  
74 h. j:a;=  
75 P: ((räuspert sich))  
76 T: **und dann fehlt auch der SCHLAF sachten [sie das würde die**  
77 P: [ja-  
78 T: **schmerzen verSTÄR[ken;=**  
79 P: [ja;=  
80 T: **=(ja) es gibt ja h. gibt ja bestimmte (--) dinge die einfach**  
81 **schmerz der DA ist ver[stärkt;**  
82 P: [ja-  
83 (1.60)  
84 T: **kann:: mangelnder SCHLAF sein das kann UNruhe sein das kann**  
85 **innerliche ANspannung sein-**  
86 (---)  
87 T: kennen sie das AUCH dass ihr schmerz eben (---) äh  
88 <<p>öh:m> so von bestimmten dingen auch abhängig ist die (---)  
89 die NICH so vom körper her kommen-  
90 (---)  
91 P: EIgentl (.) 'hm'hm;  
92 (---)  
93 T: also mangelnder SCHLAF zum beispiel==  
94 P: ja- (---)  
95 oder eben äh (.)wetterveränderungen (---) ganz beSON[ders merk ich-  
96 T: [ja?  
97 T: ja,

---

<sup>77</sup> Zur Reaktion der Patientin vgl. Beispiel (8) in Kapitel 7.2.

Die Therapeutin greift in ihrer Äußerung (Z. 76) den Schlafmangel auf, von dem die Patientin zuvor berichtet hat und bezieht dies, wie auch die Patientin zuvor, auf die Verstärkung ihrer Schmerzen. Sie `verpackt` den Schlafmangel in einer klassischen Dreier-Liste (`three-part list`, vgl. Jefferson 1991) und fügt dem `äußeren` Faktor Schlafmangel noch die `inneren` Faktoren „Unruhe“ und „innerliche Anspannung“ hinzu (Z. 84/85). Damit suggeriert die Therapeutin, dass Schlafmangel, der ein externer Faktor ist, in die gleiche Kategorie fällt wie die inneren Faktoren Unruhe und Anspannung. In gewisser Weise `annektiert` die Therapeutin damit die vorangegangene Äußerung der Patientin in Bezug auf ihren Schlafmangel, und indem sie die externen und internen Faktoren als zusammengehörige Phänomene `verpackt`, wird der Schlafmangel retrospektiv zu einem Signal eines `inneren` Problems. Da die Patientin darauf nicht reagiert (Pause in Z.86) fragt die Therapeutin, ob die Patientin einen solchen Zusammenhang in Bezug auf ihr Schmerzerleben kennt (Z. 87-89). Interessant ist, dass sie die schmerzverstärkenden Faktoren nicht konkret benennt bzw. nicht als `innerliche` und damit auch psychische Phänomene beschreibt, sondern sie ex negativo als „bestimmte Dinge die nicht so vom Körper herkommen“ paraphrasiert. Mit dieser diskreten Umschreibung wird die Kategorie `psychosomatischer Patient` eventuell absichtlich unterlaufen und kann, gerade aufgrund seiner Diskretheit, der Patientin signalisieren, dass hier ein brisantes Thema verhandelt wird (vgl. Bergmann 1992).

Die Abhängigkeit des Schmerzes von Faktoren „die nicht so vom Körper herkommen“ wird von der Patientin zunächst verneint (Z. 90). Als die Therapeutin daraufhin den mangelnden Schlaf noch einmal als ein Beispiel aufführt (Z. 92), in diesem Fall als explizites Beispiel für ein `innerliches` Phänomen, wird dieser von der Patientin jedoch als schmerzverändernder Faktor ratifiziert (Z. 93). Die Patientin liefert im Anschluss an ihre Zustimmung einen weiteren schmerzverstärkenden Faktor, und zwar „Wetterveränderung“ (Z. 94). Dies ist interessant, da die Therapeutin zuvor nach Gründen für körperliche Symptome gefragt hat, die „nicht so vom Körper herkommen“. Aufgrund dieses vorsichtig-umschreibenden Ausdrucks stellt sie der Patientin gewissermaßen eine `Hintertür` zur Verfügung: Die Patientin kann der Zusammenführung zustimmen und mit der Wetterveränderung sogar ein Beispiel liefern, das „nicht so vom Körper“ herkommt, ohne dabei auf psychische Belastungen oder innere Vorgänge rekurrieren zu müssen<sup>78</sup>.

In den nun folgenden Beispielen finden sich im Vorfeld der Zusammenführungen Fragen der Therapeutin zu psychosomatischen Zusammenhängen, die im Anschluss zu einer Zusammenführung führen.

---

<sup>78</sup> Zur weiteren Reaktion der Patientin vgl. Beispiel (6) in Kapitel 7.2.

In dem folgenden Beispiel greift die Therapeutin die von dem Patienten geschilderte Belastungssituation auf und fragt ihn zunächst, ob er in dieser Situation Schmerzen hatte. Dies wird von dem Patienten verneint. Die nachfolgende Frage nach einer Anspannung wird von dem Patienten bestätigt, so dass die Therapeutin dazu übergeht, nach Ort und Art der Anspannung zu fragen. Auf die Antwort des Patienten folgt die Zusammenführung.

An diesem Beispiel wird auch die sich oft in den Zusammenführungen findende Generalisierung bzw. Normalisierung deutlich. Diese Generalisierung findet sich bereits auch in den oben gezeigten Beispielen; in diesem Beispiel wird sie aber explizit als eine solche formuliert, indem die Therapeutin darauf aufmerksam macht, dass „jeder Mensch“ eine Stelle im Körper hat, die die „Eingangstür zur Seele“ darstellt.

Unmittelbar vor diesem Ausschnitt haben Patient und Therapeutin über den Selbstmord der Schwester des Patienten und über die Schuldgefühle gesprochen, die der Selbstmord bei dem Patienten ausgelöst hat.

(6) – (0018-2) „wo die Seele so die Eingangstür hat“ – *Bauchbeschwerden*

67 T: h. (-) ham sie DAmals äh: (-) irgendwo schmerzen (-- ) gehabt-  
68 (--)  
69 P: 'hm'hm,  
70 EIgentlich nich;=  
71 T: =oder ne ANspannung <<p> oder>--=  
72 P: na(.)TÜRlich ne anspannung--=  
73 =klar-  
74 (-)  
75 T: ja--  
76 =wo ham sie die geSPÜRT?  
77 (-)  
78 P: ja auch (.) hier im BAUCHbereich-  
79 T: AUCH im bauch;  
80 (-)  
81 T: ja?  
82 (-)  
83 T: h. wie hat sich das geÄUßert;  
84 (---)  
85 T: weil sie sachten schmerzen NEIN?  
86 (---)  
87 T: ja [(so is)-  
88 P: [daNACH hat=s auch- (----)  
89 so KRIBbeln und (.) (MACHen) und da,  
90 (--)  
91 T: ja-  
92 (--)  
93 T: hm=hm,  
94 (--)  
95 T: ja-  
96 (1.20)  
**97 T: sachten sie ja auch bei der ARbeit [wenn=der druck kommt [ist das**  
98 P: [ja- [ja genau  
**99 T: wie son krib[beln im (.) BAUCH so-**  
100 P: [ja-  
101 (-)  
**102 T: hm=hm, (-)**  
**103 JEder mensch hat ja so EIne stelle im körper die einfach (-)**



spannung (Z. 83/85), die der Patient als „Kribbeln“ bezeichnet (Z. 89). Daraufhin beginnt die Therapeutin mit einer Zusammenführung: Sie parallelisiert zunächst die Anspannung, die der Patient nach dem Selbstmord der Schwester gespürt hat, mit dem Kribbeln im Bauch, das der Patient spürt, wenn er Druck bei der Arbeit hat (Z. 97). Dadurch etabliert oder zumindest impliziert sie eine gewisse Systematik des Beschwerdebildes: Das Kribbeln im Bauch kann als ein Symptom interpretiert werden, das in unterschiedlichen Belastungssituationen auftritt und kann somit als ein systematisches Beschwerdebild aufgefasst werden. Da der Patient den von der Therapeutin angebotenen Rückbezug, den Druck bei der Arbeit, bestätigt (Z. 98 ff.), fährt sie mit ihrer Zusammenführung fort: Sie konzeptualisiert den Bauch metaphorisch als eine „Stelle im Körper wo die Seele so die Eingangstür hat“<sup>79</sup> (Z. 103/104) und verallgemeinert diese Aussage durch den Verweis darauf, dass „jeder Mensch“ eine solche Stelle hat (Z. 103). Die Therapeutin gibt dann mit einer `tag question` das Rederecht an den Patienten ab (Z. 106). Da der Patient nicht auf ihre Äußerung reagiert (Z. 107), fährt die Therapeutin fort und nennt allgemein Möglichkeiten, wie Menschen auf seelische Belastungen reagieren können („Herz“, Z. 108, „Kopfschmerzen“, Z. 110). Die Therapeutin schränkt diese Reaktionen in Bezug auf den Patienten allerdings anschließend selbst ein („das kennen sie weniger“, Z. 111). Der Patient bestätigt, dass er eine solche Reaktion „weniger kennt“ (Z.111; 114). Die Therapeutin nennt daraufhin „Migräne“ und bemerkenswerterweise erneut „Kopfschmerzen“ als mögliche Reaktionen auf Belastungen (Z. 116). Da der Patient darauf nicht reagiert, nennt sie mit dem „Versagen der Stimme“ eine weitere Reaktion (Z. 119). Auch darauf reagiert der Patient nicht, so dass die Therapeutin eine Stellungnahme des Patienten einfordert (Z.121). Sie greift den Bauch als spezifische „Eingangstür“ des Patienten allerdings nicht mehr auf, sondern fragt den Patienten eher allgemein, ob er solche Reaktionen kennt.

In dem folgenden Beispiel setzt die Therapeutin zunächst zu einer eigenen Erklärung an, bricht sie aber ab und fragt den Patienten, ob er sich vorstellen kann, dass Angst auch zu einer Anspannung führt. Da der Patient die Frage nicht beantwortet, fragt sie ihn, ob er das Gefühl der Angst kennt. Der Patient nennt daraufhin ein Beispiel, das die Therapeutin aufgreift. Sie stellt dem Patienten weiterhin Fragen, um ihn an der Herstellung eines psychosomatischen Zusammenhangs zu beteiligen und realisiert im Anschluss daran eine Zusammenführung.

Dem Abschnitt ist eine längere Sequenz vorausgegangen, in der die Zurückhaltung des Pati-

---

<sup>79</sup> Diese individuelle „Eingangstür“ der Seele, also eine organspezifische Reaktionsbereitschaft, ist in der Psychosomatik ein durchaus gängiger Erklärungsansatz: „Vieles spricht nun dafür, dass bei den meisten psychosomatischen Erkrankungen *die formgebenden, d.h. krankheitsspezifischen Elemente* in der *körperlichen Disposition* bereitliegen, wie sie einerseits erblich mitgegeben, andererseits im Laufe der Lebensgeschichte noch verstärkt oder abgeschwächt wurde. [...] D.h., die formenden Kräfte der Erkrankung, das „So-Sein“, liegt in der Organendisposition bereit.“ (Bräutigam/Christian 1986: 21) [Kursiv im Original]

enten angesprochen wurde. Die Therapeutin hat die Stille des Patienten mit den gelegentlichen Wutausbrüchen des jüngeren Bruders kontrastiert und hypothetisch erfragt, wie der Bruder in emotional aufwühlenden Momenten reagiert. Unmittelbar vor Beginn des folgenden Ausschnitts hat die Therapeutin dem Patienten mitgeteilt, dass sie ihn als eine stille Person erlebt, die alles mit sich selber ausmacht und hat in einer nachgeschobenen Frage die Bestätigung des Patienten eingefordert, die er in minimaler Form geliefert hat.

(7) – (0014-4) „Angst kann ja auch Anspannung machen“ – *Reizdarmbeschwerden*

565 T: hm=hm,  
566 (3.5)  
567 des kann ja SCHON (.) sein dass das die beste Lösung erst mal für  
568 sie IS .hh (-)  
569 ä:hm (-) nur wenn dabei so gefühle wie ANGST oder (1.5) vielleicht  
570 auch WUT ja,=  
571 P: =hm=hm,  
572 T: wie beim kleinen BRUDer? (--)  
573 ähm (-- ) die si=STECKen ja  
574 in=in ihnen (.) in ihn[en irgendwo.  
575 P: [ich hoffs SCHON also sonst (.) wär ja nich  
576 norMAL;  
577 T: ich erleb=s SCHON dass sie (.) dass (.) ja ich erlebs SCHON bei  
578 ihnen dass sie das schon HAben auch. .hh hmmm (---)  
577 u:nd wenn die so SEHR nach innen (.) gehen-ja?  
578 P: hm=hm,  
579 T: <<all> können sie sich vorstellen> ANGST kann ja auch ANspannung  
580 machen.  
581 (-)  
582 KENnen sie das gefühl?=  
583 =haben sie mal angst geHABT?  
584 (5.0)  
585 P: hmm.  
586 ((Mikrostörung))  
587 (5.0)  
588 richtig PANische angst oder (-- ) erSCHRECKT; ((lacht))  
589 T: eGAL; ((lacht kurz))  
590 (2.5)  
591 P: hmm.  
592 ((Mikrostörung))  
593 (4.5)  
594 ((Mikrostörung))  
595 ( ) so richtig ANGST (---) nachts durch=n WALD laufen is gruslig  
596 aber (-) nicht so (für mehr).  
597 T: ja aber GRUselig, gell?  
598 P: ja SCHON.=  
599 T: =GRUselig .h ä:hm (-) un=jetz verSETzen sie sich mal in so ne  
600 si=sie laufen jetzt nachts durch=n WALD,  
601 .hh (.) ähm, sind sie dann entSPANNT oder-  
602 was=was is im KÖRper;=  
603 =WO merken sie das dann?  
604 (.)  
605 T: was können (sie) [sich VORstellen?  
606 P: [ich glaub (-) eher so im HALS (.) [der HALS is  
607 T: [im HALS?  
608 P: zugeschnürt.  
609 T: [der HALS wird zugeschnürt?  
610 P: [ja  
611 SCHON.  
612 aber andererseits (-- ) find ich=s auch (.) SUpEr zum beispiel

613 nachts?  
 614 also wir ham in frenzingen n riesen großen PARK?  
 615 zum beispiel da einfach auf der WIEse hinzuliegen,  
 616 STERne und so (-) das is SUPER da.  
 617 T: hm=hm, (-- ) so BEIde (ne situation) kann BEIdes sein, ne,  
 618 P: SCHON.  
 619 T: **.h ja. ähm. also (---) angst haben kann dann so die KEHle**  
 620 **zuschnüren,**  
 621 **hat also auch mit=m KÖRper was zu tun.**  
 622 P: hm=hm,  
 623 T: **ja also gefühle die so .hh (.) äh AUFtauchen (-) bedROHlich sind**  
 624 **können im körper stecken; ja?=  
 625 =in ANspannung (.) schulter NACKen bereich,**  
 626 **können (sie) sich das VORstellen?**  
 627 P: hm=hm,  
 628 T: **MAgen zusammenschnüren**  
 629 P: schon  
 630 T: **!DARM! (-- )**  
 631 **des WAR ja bei ihnen;**  
 632 (2.0)  
 633 können sie sich das VORstellen?  
 634 P: auf jeden FALL=  
 635 T: **=mhm, dass da eben=n zuSAMmenhang is hm=hm,**  
 636 **.hh und (.) GRAd wenn (.) wenn so magen-darm-beschwerden eben;**  
 637 wie würden sie das jetzt in ZUSAMmenhang bringen;  
 638 [was SIE jetzt hatten?  
 639 P: [hmm.  
 640 (1.5)  
 641 T: jetzt sind SIE mal dran.  
 642 P: ((lacht leise durch die Nase))  
 643 T: MICH zu fragen oder mir was zu SAgen. ((lacht kurz))

Die Therapeutin gesteht dem Patienten zunächst zu, dass seine Haltung bzw. Umgangsweise zunächst einmal richtig, „die beste Lösung“ (Z. 567), ist, gleich im Anschluss schränkt sie dies allerdings ein und verweist darauf, dass eine solche Haltung auch problematisch sein kann, wenn Situationen mit Angst oder Wut aufgeladen sind, die der Patient nicht auslebt (Z. 569-577). Ihre Äußerung bleibt jedoch implizit, sie leitet keine explizite Konsequenz aus dem Verhalten ab. Zum Teil ist diese Implizitheit auch auf die mehrfachen Anakoluthe zurückzuführen: In zwei Fällen bricht sie einen Konditionalsatz ab (Z. 569/570; Z. 577), so dass die Apodosis in beiden Fällen nicht explizit benannt wird und damit die Konsequenz nur angedeutet wird. Es bleibt dem Patienten überlassen, eine Schlussfolgerung zu ziehen. Interessant ist die Reaktion des Patienten, der der Therapeutin nicht nur darin zustimmt, dass die Gefühle „irgendwo in ihm stecken“, sondern sogar äußert, dass er „hofft“, dass er solche Gefühle hat, da er sonst „ja nich normal“ sei (Z. 575/576). Es ist möglich, dass die Therapeutin bereits an dieser Stelle eine Zusammenführung realisieren wollte, und zwar als Zusammenführung von unterdrückten Gefühlen und einer körperlichen Reaktion darauf. Die Zusammenführung wird allerdings nur fragmentarisch geliefert und die Therapeutin fragt den Patienten anschließend, ob er sich einen Zusammenhang von Angst und Anspannung vorstellen kann (Z. 597/580). Da auf ihre Frage keine Antwort des Patienten erfolgt (Z. 581) reformuliert die Therapeutin ihre

Frage und fragt den Patienten direkt nach seiner eigenen Erfahrung mit dem Gefühl der Angst (Z. 582/583). Nach einer Nachfrage, einigen leider unverständlichen Passagen und längeren Pausen nennt der Patient als ein Beispiel das „nachts durch den Wald laufen“ (Z. 595), was er allerdings nicht als angstbehaftet, sondern als „gruselig“ beschreibt und durch die Äußerung „aber nicht so“ auch gleich wieder einschränkt<sup>80</sup>. Die Therapeutin greift den Begriff „gruselig“ und auch das Beispiel des Patienten trotz seiner eher zögerlichen Haltung auf und fragt ihn in Form einer hypothetischen Lokalisierungsfrage danach, wo im Körper er etwas spürt, wenn er nachts durch den Wald laufen würde (Z. 599-603). Der Patient nennt den Hals als Ort, an dem er die Angst spürt (Z. 606,608), er relativiert dann jedoch sein eigenes Beispiel wieder, indem er darauf verweist, dass es nachts auch „super“ sein kann, wenn man auf einer Wiese liegt und die Sterne beobachtet (Z. 612-616). Die Therapeutin bestätigt dies kurz, sie greift dann allerdings erneut den Zusammenhang von Angst und körperlicher Symptomatik auf und beginnt damit an dieser Stelle die Zusammenführung (Z. 619-621). Sie überführt zunächst quasi die Äußerung des Patienten („der Hals wird zugeschnürt“) in ein gängiges Alltagssprichwort „die Kehle zuschnüren“ und verweist dann allgemein darauf, dass Angst „etwas mit dem Körper zu tun“ hat. Sie verallgemeinert ihre Zusammenführung im folgenden Turn noch um einen Schritt und führt generell Gefühle bzw. bedrohliche Gefühle und einen körperlichen Ausdruck oder Sitz dieser Gefühle zusammen (Z. 623/624). Sie nennt eine konkrete körperliche Reaktion („Anspannung, Schulter-Nacken-Bereich“, Z. 625) und fordert im direkten Anschluss explizit eine Antwort des Patienten ein (Z. 626), die er in minimaler bestätigender Form liefert. In verkürzten Phrasen geht die Therapeutin daraufhin noch einen Schritt weiter und benennt die konkreten Symptome (Magen-Darm), an denen der Patient leidet bzw. gelitten hat<sup>81</sup> (Z. 628 - 631). Noch einmal fordert die Therapeutin eine Antwort des Patienten ein, die er nun im Vergleich zu vorher relativ emphatisch realisiert (Z. 634). Die Therapeutin ergreift im schnellen Anschluss wieder das Rederecht und verweist explizit auf einen Zusammenhang und darauf, dass gerade Magen-Darm-Beschwerden einen solchen Zusammenhang zum Ausdruck bringen können. Allerdings ist ihre Äußerung wie auch oben nicht komplett, sondern durch einen Satzabbruch gekennzeichnet, so dass erneut die Apodosis nicht rea-

---

<sup>80</sup> Leider ist diese Passage nicht vollständig zu verstehen, durch das adversative „aber“ und auch durch die Folgehandlung der Therapeutin wird allerdings deutlich, dass der Patient hier das angstausslösende Potential relativiert.

<sup>81</sup> Der Patient hat bereits in dem ersten Gespräch keine Magen-Darm-Probleme mehr gehabt. Die psychotherapeutischen Sitzungen werden aber dennoch durchgeführt, um zusammen mit dem Patienten zu erarbeiten, woher seine Beschwerden gekommen sind und um (somit) zu verhindern, dass sie noch einmal auftreten. Interessant ist, dass auch in solchen Gesprächen, in denen die Symptomatik nicht mehr aktuell ist – und der Patient auch von Beginn an einen psychosomatischen Zusammenhang seiner Beschwerden gesehen hat – die gleichen Verfahren eingesetzt werden wie auch in Gesprächen mit Patienten, die aktuell an Beschwerden leiden und eine somatische Erklärung für ihre körperlichen Symptome haben.

lisiert wird. Stattdessen lädt die Therapeutin den Patienten dazu ein, selber einen Zusammenhang von Angst und seinen Beschwerden herzustellen (Z. 637). Nachdem der Patient nur ein zögerliches „hmm“ produziert (Z. 639), fordert die Therapeutin den Patienten explizit dazu auf, Stellung zu beziehen (Z. 641-643).

In dem nachfolgenden Beispiel fragt die Therapeutin explizit danach, wie die Patientin den Zusammenhang von Körper und Seele sieht. Da die Patientin nicht sofort auf die Frage reagiert, beantwortet die Therapeutin ihre eigene Frage mit einer Zusammenführung.

Die Zusammenführung ist in eine relativ komplexe Interaktionssituation eingebettet. Bereits einige Zeit zuvor im Gespräch hat die Therapeutin die Patientin nach ihrer eigenen Einschätzung ihrer Erkrankung gefragt. Die Patientin hat daraufhin erklärt, dass sie eine organische Ursache ihrer Beschwerden annimmt, dass die Psyche für sie allerdings auch eine Rolle spielt. Im Anschluss daran `normalisiert` sie jedoch ihre psychischen Belastungen, indem sie darauf verweist, dass sie Unterstützung in ihrem sozialen Umfeld erfährt und dass jeder Mensch mal bessere und mal schlechtere Phasen habe. Sie beendet ihre Schilderung mit dem Hinweis darauf, dass Menschen eben keine „gesteuerten“ Wesen seien, die immer „gut drauf“ seien und dass die Werbung ein Bild von einem flexiblen Menschen zeichne, der „ja nicht krank“ sein dürfe.

(8) – (0023-3) „Auswirkungen auf die Seele“ – *Kopf- und Gelenkschmerzen, Bauchbeschwerden*

999 P: fleXIbel sein aber (-) JA nich krAnk <<lachend>sei>- ((lacht))  
1000 T: ja-  
1001 P: h.  
1002 (-)  
1003 T: ja-  
1004 (-)  
1105 T: hh.  
1106 (1.35)  
1107 T: und äh wie würden sie denn so diesen zusammenhang zwischen h.  
1108 KÖRper und SEEle (.) bei ihnen (.) sehen;  
1109 (-)  
1110 also sie=sagen wenn=s ihnen (.) KÖRperlich schlecht geht dann h.  
1111 öh: hat das AUSwirkungen [auf die seele is ja klar;=  
1112 P: [ja-  
1113 T: =aber wie kann denn die SEEle auf den KÖRper wie h. (-) wie (--)  
1114 wirkt DIE;  
1115 (--)  
1116 s (--)  
1117 auch ähm h. hm:: so vom ÄUßeren her anspannung-  
1118 wenn h. (-) äh=äh sich FREUNde zurückziehen weil (.) sie sachten  
1119 ja die ham gemerkt ihnen GEHTs nicht so gut un dann ham die sich  
1120 zURÜCKgezogen==  
1121 =das tut ja AUCH weh;  
1122 (--)  
1123 h. (-) und dann spannten spannen sich viele menschen auch so AN?=  
1124 ja,=  
1125 =einfach aus h. aus FRUST oder (.) hm:: schlägt einem auf=n  
1126 magen oder das ist mir auf die NIERen gegangen- (---)

1127           **SAGT man ja-**  
 1128   P:       <<p>hm=hm>-  
 1129           (--)  
 1130   **T:       ähm (--) dass SO ne anspannung auch (.) die schmerzen (-) die DA**  
 1131           **sind verstärken kann;**  
 1132           h. können=se=sich das VORstellen dass auch h. die seele auf den  
 1133           (.) KÖRper (.) [wirkt-  
 1134   P:                               [ja (.) naTÜRlich-  
 1135           (--)  
 1136   T:       also (-) würden [sie sich das auch bei SICH vorstellen-  
 1137   P:                               [(        )

Nach einer längeren Pause fragt die Therapeutin die Patientin, welchen Zusammenhang sie zwischen Körper und Seele bei ihr selbst sieht (Z. 1107/1108). Da die Patientin keine Antwort gibt (Pause in Z. 1109), verweist die Therapeutin auf eine vorherige Äußerung der Patientin, in der diese psychische Probleme auf körperliche Belastungen zurückgeführt hat (Z.1110/1111). Dass es der Therapeutin umgekehrt um die Auswirkungen seelischer Prozesse auf den Körper geht, wird in ihrer anschließenden Frage (Z. 1112/1113) deutlich: Sie fragt direkt nach den Auswirkungen der Seele auf den Körper. Da die Patientin nicht sofort auf ihre Frage reagiert (Pause in Z. 1115), beantwortet die Therapeutin ihre Frage selbst und realisiert eine Zusammenführung. Sie setzt zunächst zwei Rückbezüge ein („der schlechte Schlaf“ und das „Zurückziehen der Freunde“, Z. 1116 -1120), die Indikatoren bzw. Gründe für eine psychische Belastung sein können. Da die Patientin auch darauf nicht reagiert, nennt die Therapeutin als Konsequenz einer solchen Belastung eine Anspannung, die sie allerdings nicht direkt auf die Patientin bezieht, sondern als allgemeines Faktum behandelt: „und dann spannen sich *viele Menschen* auch so an“ (Z.1123). Die Therapeutin beendet ihre Zusammenführung an dieser Stelle noch nicht, sondern führt weitere Aspekte auf, die ihr Modell plausibilisieren. Zum einen nennt sie retrospektiv noch einmal einen Grund für eine mögliche Anspannung („einfach aus aus Frustr oder“, Z. 1125), zum anderen nennt sie zwei gängige Sprichwörter („schlägt einem auf=n Magen“, „das ist mir auf die Nieren gegangen“, Z. 1125/1126), die eine Auswirkung psychischer Vorgänge auf den Körper zum Ausdruck bringen<sup>82</sup>. Die Therapeutin erhält jedoch erst nach einem „Nachschub“ („sagt man ja“, Z. 1127) eine minimale Ratifizierung der Patientin (Z. 1128). Dieser „Nachschub“ fordert interaktiv eine Antwort der Patientin ein, er plausibilisiert aber auch metakommunikativ die in den Sprichwörtern enthaltenen Zusammenhänge und damit letztendlich das gesamte psychosomatische Modell. Die Logik, die dahinter steckt, könnte so beschrieben werden: Wenn man etwas im Allgemeinen sagt, dann hat es auch eine gewisse Allgemeingültigkeit und ist aufgrund dieses kollektiven Gebrauchs auch validiert: Die Sprichwörter, und damit auch die in ihnen zum Ausdruck ge-

<sup>82</sup> Der Einsatz von Sprichwörtern wird auch im Behandlungsmanual empfohlen und taucht auch in anderen, hier allerdings nicht analysierten, Zusammenführungen auf. Vgl. Behandlungsmanual im Anhang.

brachten psychosomatischen Zusammenhänge, sind also nicht aus dem `Nichts` entstanden, sondern sind quasi gesellschaftlich ratifiziert und verankert. Da die Patientin allerdings auf ihr Rederecht verzichtet, fasst die Therapeutin ihr Modell noch einmal in einem Satz zusammen (Z.1130/1131). Interessant an ihrer Formulierung ist die Attribution der Schmerzen („die Schmerzen *die da sind*“). Es erscheint wahrscheinlich, dass sie damit ihr Modell einschränkt: Es geht ihr nicht darum, die Schmerzen allein auf psychische Belastungen der Patientin zurückzuführen, vielmehr will sie der Patientin vermitteln, dass solche Anspannungen dazu beitragen können, die Schmerzen, die bereits vorhanden sind, zu „verstärken“ (Z. 1131). Nachdem die Therapeutin mit ihrer Zusammenführung ihr psychosomatisches Modell dargelegt und auch auf die Patientin bezogen hat, fragt sie die Patientin erneut danach, ob sie sich vorstellen kann, dass die Seele auf den Körper wirkt (Z. 1132/1133).

Auch in dem folgenden Beispiel bittet die Therapeutin die Patientin zunächst, selber einen psychosomatischen Zusammenhang herzustellen. Anders als in der vorangegangenen Sequenz benennt die Therapeutin hier eine konkrete Ursache der Schmerzen. Da die Patientin keinen direkten Zusammenhang feststellen kann, geht die Therapeutin dazu über, selber eine Zusammenführung zu realisieren.

An diesem Beispiel wird auch noch einmal deutlich, dass die Therapeuten oftmals allgemeine Regeln für psychosomatische Zusammenhänge aufstellen. Die Zusammenführungen normalisieren also einerseits die Beschwerden der Patienten, indem psychosomatische Zusammenhänge als universell gültig behandelt werden, andererseits werden sie durch `biographische Evidenzen` individualisiert und auf die spezifische Situation des Patienten bezogen.

Vor der hier dargestellten Sequenz wurde der Ärger der Patientin thematisiert, den die Patientin nach Ansicht der Therapeutin `verinnerlicht` anstatt ihn auszuleben. Die Therapeutin hat die These formuliert, dass sich der nicht ausgelebte Ärger der Patientin als Traurigkeit manifestiert. Die Patientin hat erklärt, dass sie Angst davor hat, ihren Ärger zu artikulieren, da es dann zu einer Disharmonie kommen könnte. Die Therapeutin hat die Patientin daraufhin nach ihren Schmerzen in dem aktuellen Moment gefragt. Die Patientin hat ihre Schmerzen als etwas geringer eingeschätzt (auf welchen Zeitpunkt vorher sie sich dabei bezieht, geht aus der entsprechenden Stelle nicht hervor), hat aber auch betont, dass die Schmerzen noch da seien, was die Therapeutin mit „wie letztes Mal am Ende“ kommentiert (vgl. Transkriptanfang).

(9) – (0022-3) „dass eben da die Schwachstelle ist“ - *Beschwerden im Magen-Darm-Bereich, Rückenbeschwerden*

1104 T: [hm=hm,  
1105 <<p>(wie) LETZtes mal am [ende>-  
1106 P: [hm=hm,  
1107 (-)  
1108 T: hm=hm,  
1109 (3.26)  
1110 T: können sie denn DA:- (---)  
1111 jetzt nich an: haaren herBEIziehn,=  
1112 =aber könnten sie da (-- ) n zuSAMmenhang (---) herstelln;  
1113 zwischen (-- ) dem ÄRger? (3.10)  
1114 und den SCHMERzen;  
1115 (2.25)  
1116 (---)  
1117 P: (hm) (-)  
1118 das isch so wenn ich mich ÄRger, (1.10)  
1119 öh=öh; (---)  
1120 hab ich nit sofort SCHMERze;=  
1121 T: [hm=hm,  
1122 P: =[ALso-  
1123 (--)  
1124 T: hm=hm,  
1125 P: S: isch (-)  
1126 also=s kann ich nit NACH[empfinde;  
1127 T: [hm=hm,  
1128 T: hm=hm, (-)  
1129 hm=hm,  
1130 P: manchmal en paar stunde später oder [am andern TA:G=-  
1131 T: [hm=hm,  
1132 P: aber ob des dann somit zuSAMmen[hängt,  
1133 T: [hm=hm,  
1134 (.)  
**1135 T: WISsen wer nich,**  
**1136 is [ne MÖglichkeit;**  
**1137 P: [(KANN sein);**  
**1138 T: wenn man die !FAUST! so ballt; (--)**  
**1139 unter ANspannung hat; (-)**  
**1140 dann ist der schmerz AUCH nicht gleich;**  
1141 [(ge)?  
1142 [(Geräusch))  
1143 (---)  
1144 T: (jetz)- (-)  
1145 weiß nich wie lang sie so ne faust so HALten [könnten,  
1146 P: [hm=hm-  
1147 T: bis der <<lachend>> SCHMERZ [kommt],  
1148 P: [hm=hm,  
1149 T: was <<lachend>> GLAUben sie?  
1150 (1.37)  
1151 P: keine AHNung- ((lacht leise)) (-)  
1152 T: könn=s ja heut abend ma <<lachend>> [AUSprobiern>;=hehe  
1153 P: [((lacht kurz))  
1154 (3.84)  
1155 T: DAUert;=ge?  
1156 (-)  
1157 P: ja,  
1158 (-)  
1159 T: die anspannung kann [!LAN!ge (-- ) anhalten bis [der schmerz  
1160 P: [hm=hm, [hm=hm,  
1161 T: kommt;  
1162 P: hm=hm-  
1163 (--)  
1164 T: äh-  
1165 müssen sie SELber mal beobachten;=

1166 =ob [(gleich ) SEIN könnte;  
1167 P: [hm=hm-  
1168 hm=[hm-  
**1169 T: [dass eben da die schwachstelle IS?**  
1170 (--)  
1171 P: hm=hm-  
1172 (-)  
1173 T: öh::m- (-)  
**1174 andere würden vielleicht miGRÄne kriegen,**  
**1175 (-)**  
1176 P: hm=hm-=  
**1177 T: =andere vielleicht am HERZ:-**  
**1178 (--)**  
1179 P: hm=hm-  
1180 (---)  
**1181 T: andere im: !DARM!- (--)**  
**1182 (irgendwas)-**  
1183 (---)  
**1184 T: hm-**  
**1185 (---)**  
**1185 T: es kann sein dass bei ihnen eben da die schwachstelle IS,=**  
1186 P: =hm=hm-  
1187 (-)  
**1188 T: und wenn gefühle (-) !SIND!?**  
**1189 (--)**  
1190 P: hm=hm;  
**1191 T: egal in welche RIChtung?**  
1192 P: hm=hm-  
**1193 T: vielleicht Ärger==**  
**1194 =oder- (-- ) auch (---) TREnNung von der toch;=**  
**1195 =also (-) Abschied-**  
1196 (---)  
**1197 T: gleichzeitig aber auch erLEICHterung==**  
**1198 =ah gott sei dank lebt sie alleIne-**  
1199 (-)  
1200 P: hm=hm;  
1201 (--)  
**1202 T: vorm URlaub (.) die FREUde-**  
1203 P: hm=hm,  
1204 (--)  
**1205 T: gefühle die eben eher (.) kontrollLIERT werden;**  
1206 (-)  
1207 P: hm=hm-  
1208 (2.04)  
**1209 T: die: (-) doch (.) in kontrollle gehalten [werden;**  
1210 P: [hm=hm-  
1211 (5.11)  
1212 ((Fehler auf dem band))  
**1213 T: in ANspannung kommt?**  
1214 P: hm=hm-  
1215 (2.00)  
**1216 T: die dann (-- ) [mit verzÖgerung- (--)**  
1217 P: [(mit ver)-  
**1218 T: wie son KRAMPFartig [dann (vorkommen);=**  
1219 P: [(herVORtrete) [(dann )-  
1220 T: [hm=hm?  
1221 P: hm=hm;

Anknüpfend an den von ihr zuvor thematisch etablierten Schmerz fragt die Therapeutin die Patientin, ob diese einen Zusammenhang von ihrem Ärger und den Schmerzen herstellen kann (Z. 1110-1114). Auffällig an der Frage ist die Formulierung „jetzt nicht an Haaren herbeiziehn“ (Z. 1111), die darauf verweist, dass die Therapeutin nicht um jeden Preis einen Zusammen-

hang herstellen (lassen) will. Die Patientin kann keinen (sofortigen) Zusammenhang von Ärger und Schmerzen feststellen (Z. 1118-1120, Z. 1126). Sie erklärt, dass sie manchmal ein paar Stunden später bzw. am nächsten Tag Schmerzen verspürt, zweifelt dann allerdings einen direkten Zusammenhang an (Z. 1130, 1132). Die Therapeutin verweist in ihrer Antwort darauf, dass ein solcher Zusammenhang „eine Möglichkeit“ darstellt (Z. 1136) und geht dann dazu über, den Zusammenhang von Gefühl bzw. Anspannung und verspätet auftretendem Schmerz anhand eines Bildes bzw. einer Demonstration zu plausibilisieren. Sie erklärt dass eine geballte Faust, die eine Anspannung verursacht, auch nicht sofort einen Schmerz hervorruft (Z. 1138-1140) und fragt dann die Patientin, was sie glaubt, wie lange man die Faust ballen kann, bis der Schmerz kommt (Z. 1145-1149). Da die Patientin angibt „keine Ahnung“ zu haben (Z. 1151) beantwortet die Therapeutin ihre Frage selbst und erklärt noch einmal, dass es lange dauern kann, bis eine Anspannung Schmerz verursacht (Z. 1159). Nachdem sie die Patientin dazu aufgefordert hat, noch einmal auf eine solche `Verzögerung` des Schmerzes zu achten, baut die Therapeutin ihre Zusammenführung weiter aus. Sie verweist darauf, dass „eben *da*“ (vermutlich bezieht sie sich auf den Darm der Patientin, da diese an Reizdarmbeschwerden leidet) die Schwachstelle der Patientin ist (Z. 1169) und geht dann dazu über, andere mögliche Symptome anderer Menschen aufzuzählen (Z. 1174-1181), womit sie zugleich das Modell `normalisiert`: *andere* Menschen haben auch Schwachstellen. Als letzten Punkt ihrer Liste nennt die Therapeutin den Darm, der bei der Patientin ja tatsächlich Beschwerden verursacht. In einem nächsten Schritt führt die Therapeutin nun die Beschwerden mit Gefühlen zusammen (Z. 1188). Sie zählt unterschiedliche Gefühle wie „Ärger“, „Erleichterung“ und „Freude“ auf (Z. 1193, Z. 1197, Z. 1202) und bedient sich dabei auch zweier indirekter Rückbezüge, indem sie zum einen auf den „Abschied“ von der Tochter und zum anderen auf den Urlaub verweist (Z. 1194/95, Z. 1202), Situationen, in denen die Patientin bestimmte Symptome spürt. Die Gefühle werden als „kontrollierte Gefühle“ (Z. 1205, Z. 1209) beschrieben, die gerade aufgrund des Kontrollierens eine Anspannung und letztendlich einen Krampf auslösen (Z. 1218). Die Therapeutin verweist auch noch einmal explizit darauf, dass die Beschwerden „mit Verzögerung“ eintreten (Z. 1216) und greift damit noch einmal die ursprüngliche Frage der Patientin auf. Die Patientin beendet in syntaktischer Kollaboration, und in Überlappung mit der Therapeutin, die *Conclusio* der Therapeutin („wie son krampfartig [*dann hervortrete*, Z. 1218) und produziert auf die sich anschließende `tag question` der Therapeutin (Z. 1220) ein minimales „hm=hm“ (Z. 1221).

Auch in dem folgenden letzten Beispiel erfolgt die Zusammenführung im Anschluss an eine Frage der Therapeutin. Anders als in dem vorangegangenen Beispiel, das aus der gleichen

Sitzung wie das vorliegende stammt, wird die Patientin mit dieser Frage nicht dazu aufgefordert, einen Zusammenhang zwischen Ärger und Schmerzen herzustellen. Die Frage hebt vielmehr darauf ab, dass bestimmte Beschwerden der Patientin in einer entspannten Situation vermutlich nicht auftreten. Auch die Zusammenführung selbst wird in Form einer Frage realisiert.

Vor dem folgenden Ausschnitt hat die Patientin berichtet, dass sich ihr Wirbel, der häufiger blockiert, im letzten Urlaub ausgerenkt hat. Ihr Arzt, den sie konsultiert hat, um sich den Wirbel einrenken zu lassen, hat darauf hingewiesen, dass immer wieder der gleiche Wirbel ausgerenkt. Daraufhin stellt die Therapeutin die Frage, mit der das Transkript beginnt.

(10) – (0022-3) „irgendwie Anspannung“ - *Beschwerden im Magen-Darm-Bereich, Rückenbeschwerden*

1512 T: wieso verRENKT dieser wirbel dann;  
1513 (---)  
1514 wäre ihn: das (---) beim (lehmhauen) AUCH passiert?  
1515 (--)  
1516 T: sagen mer jetzt hypoTHETisch;=  
1517 =das=is SCHWER (--)  
1518 =ne?=  
1519 =aber wenn sich sich ma so REIN versetzen; (--)  
1520 wäre ihnen das (beim lehmhauen) AUCH passiert;  
1521 (2.73)  
1522 P: also da hab ich mir AUCH einmal;=  
1523 =(die) HATT ich mir da;=  
1524 =aber des war glaub ich dann im ANdere wirbel; (--)  
1525 hatt ich mit da e bissl verRENKT-  
1526 (---)  
1527 P: aber SONSCHT nit-  
1528 (--)  
1529 P: <<p> nee>,  
1530 (-)  
1531 T: hm=hm,  
1532 (2.22)  
1533 T: <<p> hm=hm>,  
1534 (2.86)  
1535 P: <<p> ja>;  
1536 (-)  
1537 P: hh.  
1538 P: <<pp > ( ) (-) ( )>- (--)  
1539 P: gings mir eigentlich (--)  
1540 T: hm=hm,  
1541 (---)  
1542 T: also entSPANNT;  
1543 (--)  
1544 P: ja-  
1545 (1.75)  
1546 T: **KÖNNte es sein dass da hinten dieser wirbel einfach diese (-)**  
1547 **diese !FAUST! is die sie anspann: ,**  
1548 **wenn: irgendwie ein ge!FÜHL! da is-**  
1549 **FREU: [de-**  
1550 P: [hm=hm-  
1551 T: **oder-**  
1552 (--)  
1553 T: **irgendwie ANspannung-**  
1554 P: <<p>> des kann schon SEIN>.=

1555           =ja-=  
**1556**   **T:**    =**Ärger-**  
 1557    P:     ja;  
 1558           (-)  
**1559**   **T:**     **dass das DIE stelle is-**  
**1560**           **wie siegfried !BLATT!-**  
 1561    P:     <<p>> ja>;  
 1562           (1.13)  
 1563    P:     ja;  
**1564**   **T:**     **(und dann) die ANspannung die die FAUST wird=-**  
**1565**           **=und dann irgendwann (-) isses !SO! fest,**  
**1566**           **dass der wirbel (-) AUSrenkt;**  
 1167    P:     hm=hm-  
 1168    P:     ja,  
 1169           (2.17)  
 1170    P:     ja,

Da die Patientin die Frage der Therapeutin nach einem Grund für die Wirbelverrenkung (Z. 1512) unbeantwortet lässt, schiebt die Therapeutin eine Frage nach (Z. 1514), die ihre Ausgangsfrage näher qualifiziert. Die Arbeit mit Lehm wurde von der Patientin zuvor als etwas beschrieben, das ihr gut tut. Diese nachgeschobene Frage impliziert also, dass der Wirbel gerade in solchen Momenten blockiert, in denen es der Patientin nicht gut geht. Die Therapeutin überlässt der Patientin allerdings nicht sofort das Rederecht, sie qualifiziert ihre Frage zunächst als „hypothetisch“ und wiederholt sie daraufhin (Z. 1520). Die Patientin erklärt zwar, dass auch bei der Arbeit mit Lehm schon einmal ein Wirbel verrenkt war, dass dies aber ein anderer Wirbel gewesen sei (Z. 1522-1525). Nachdem sie darauf hingewiesen hat, dass der Wirbel sonst nicht verrenkt (Z. 1527) erklärt sie nach einer längeren Pause, dass es ihr sonst dabei „eigentlich immer gut“ ging (Z.1539). Die Therapeutin reformuliert ihre Äußerung („also entspannt“, Z. 1542), was die Patientin ratifiziert (Z. 1544). Daraufhin bringt die Therapeutin eine Zusammenführung (Z. 1546-1553). Die Zusammenführung ist jedoch nicht als Feststellung, sondern in Form einer Suggestivfrage realisiert. Suggestivfragen haben wie auch Bestätigungsfragen einen „Behauptungscharakter“, sie werden eingesetzt, um „den Gesprächspartner von den eigenen Vermutungen und Unterstellungen in Kenntnis zu setzen“ (Blanken 1983: 259). Da Suggestivfragen immer auch die Bewertung des Sprechers zum Ausdruck bringen, etablieren sie eine Präferenz für Übereinstimmung, „der Hörer [soll] zu einer positiven, bestätigenden Antwort“ zu dieser Bewertung bewegt werden (Schwitalla 1984: 135). Die Therapeutin zeichnet in ihrer Frage das metaphorische Bild einer Faust, die sich anspannt. Diese Metapher geht auf eine andere Zusammenführung zurück, die dieser Sequenz vorgegangen ist und in der die Therapeutin der Patientin mithilfe des Bildes einer geballten Faust den Zusammenhang von Anspannung und Schmerz verdeutlicht hat (vgl. vorangegangenes Beispiel (9)). Die Therapeutin führt die Anspannung sowohl mit einem positiven Gefühl („Freude“, Z. 1549) als auch mit einem negativen Gefühl („Ärger“, Z. 1556) zusammen. Da-

bei greift sie implizit auf von der Patientin bereitgestellte Informationen zurück: Die Patientin hat zuvor geschildert, dass sie auch für sie angenehme Aktivitäten, wie das Wandern in den Bergen, als belastend empfinden kann und dass sie auch bei solchen Unternehmungen das Gefühl hat, dass ihr Wirbel blockiert.

Die Patientin stimmt den Zusammenführungen minimal zu (Z. 1554/1555, 1557). Die Therapeutin bemüht daraufhin eine neue Metapher und bezeichnet die Stelle, an der der Wirbel blockiert, als „Siegfriedblatt“, Z. 1559/1560). Sie bezieht sich damit auf das Nibelungenlied, in dem der Held Siegfried am ganzen Körper aufgrund eines Bades in Drachenblut unverwundbar war. Nur eine Stelle, auf die während des Bades ein Blatt fiel, blieb verwundbar. Dieses Bild wird von der Patientin ratifiziert, woraufhin die Therapeutin ihre Zusammenführung wiederholt (Z. 1564-1566)<sup>83</sup>.

#### *Zusammenfassung der Funktion und Merkmale der psychosomatischen Zusammenführungen*

##### Funktion:

- Durch die Zusammenführungen werden den Patienten psychosomatische Erklärungen für ihre Beschwerden angeboten. Dabei geht es nicht darum, ein allgemeines psychosomatisches Modell vorzustellen, sondern darum, die Erklärungen auf den Patienten, seine Lebenswelt und seine Beschwerden zu beziehen und sie darauf zuzuschneiden.

##### Interaktive Merkmale:

- Viele der Zusammenführungen werden nach der Thematisierung von problematischen und belastenden Lebensbereichen der Patienten oder nach einer Beschwerdeschilderung der Patienten realisiert. Die Therapeuten knüpfen oft an bestimmte von den Patienten bereitgestellte Informationen an und bauen darauf die Zusammenführungen auf. Zum Teil finden sich vor Zusammenführungen auch Fragen der Therapeuten, die im Anschluss zu einer Zusammenführung führen. Dies sind z.B. Fragen, durch die die Patienten an der Etablierung eines psychosomatischen Zusammenhangs beteiligt werden.
- Zusammenführungen werden meist nicht in „einem Stück“ realisiert, sondern werden, je nach Patientenreaktion, immer weiter ausgebaut. Peräkylä (2005: 166), der Patientenreaktionen auf psychoanalytische Deutungen untersucht hat, hält dazu fest:

In [a] very frequent practice of pursuing the patient's response, the analyst adds new elements to the interpretation. In many cases, the interpretations are produced in a step-by-step manner. As the analyst

---

<sup>83</sup> Zur weiteren Bearbeitung dieser Zusammenführung vgl. Beispiel (1) in Kapitel 7.3.

reaches a point at which the interpretation could be heard as completed, there is an opportunity for the patient to respond. If the patient does not produce a response, or produces only a minimal one, the analyst may continue the interpretation by adding a new element to it. Thereby, he creates a new opportunity for the patient to respond.

Das bedeutet auch, dass, sowohl aus analytischer als auch aus Teilnehmerperspektive, nicht eindeutig zu bestimmen ist, wann eine Deutung, oder hier eine Zusammenführung, tatsächlich abgeschlossen ist.

- Auf gesprächsorganisatorischer Ebene wird ein gewisser interaktiver `Druck` aufgebaut, um die Patienten zu einer Zustimmung zu den Zusammenführungen zu bewegen. Es lassen sich verschiedene Merkmale finden, die eine Präferenz für Zustimmung deutlich machen:
  - Dreigliedrige Listenstrukturen, die eine (zustimmende) Antwort des Patienten einfordern (vgl. Hutchby 2006; Jefferson 1991).
  - Expansionen der Zusammenführungen, z.B. nach nur minimalen Reaktionen der Patienten: Die Therapeuten verwenden unter anderem reformulierende Wiederholungen oder sie setzen Evidenzen aus der Lebenswelt der Patienten ein, um ihr Modell zu untermauern und so an einer (eindeutigeren) Zustimmung der Patienten zu arbeiten.
  - `Tag questions` und Fragen am Ende der Zusammenführungen wie „können sie sich das vorstellen“, die die konditionelle Relevanz erhöhen und eine Zustimmung bzw. Stellungnahme des Patienten einfordern. Zum Teil werden die Fragen als `post-response pursuit of a response` (vgl. Jefferson 1981) realisiert, d.h. sie werden dann eingesetzt, wenn auf die Zusammenführung keine Reaktion des Patienten erfolgt.

Inhaltliche Merkmale:

- Im Gegensatz zur Gesprächsorganisation, die systematisch an der Zustimmung der Patienten ausgerichtet ist, sind viele der Zusammenführungen auf der inhaltlichen Ebene relativ diskret gestaltet:
  - Viele der Zusammenführungen zeichnen sich durch Merkmale aus, die den Faktizitätsanspruch herunterstufen, z.B. indem die Therapeuten die Patienten danach fragen, ob sie die von ihnen geschilderten Zusammenhänge kennen oder in einem Fall (Beispiel (4)) auch in Form einer `subjektiven` Formulierung: „hab des grad so überlegt“.

- Einige der Zusammenführungen sind durch Modalisierungen, Verzögerungssignale und Pausen gekennzeichnet, die eine gewisse strukturelle Dispräferenz markieren.
- In keiner der Zusammenführungen wird der Begriff „psychosomatisch“ benannt. In zwei Fällen wird allerdings die „Seele“ explizit benannt (Beispiele (6) und (8)), in einer anderen Sequenz wird auf „psychophysiologische“ Zusammenhänge abgehoben (Beispiel (2)). Möglich ist, dass die Therapeuten eine explizite Kategorisierung der Patienten als psychosomatisch vermeiden bzw. eventuell sogar bewusst unterlaufen. Sie können sich den Umstand zunutze machen, dass bereits durch die Nennung der kategoriengebundenen Tätigkeiten die Kategorie mit aufgerufen wird. Durch die Nennung dieser `category bound activities´ oder auch der `category bound features´ (vgl. Sacks 1992)<sup>84</sup>, also der Handlungen, Eigenschaften etc., „die für die Kategorienmitglieder typisch, definatorisch oder normativ verpflichtend sind“ (Deppermann/Schmidt 2003: 30), können bestimmte Identitätskategorien nahe gelegt werden, ohne dass diese explizit genannt werden müssen. So werden in den Zusammenführungen z.B. die Merkmale und potentielle Auslöser einer psychosomatischen Erkrankung genannt, ohne dass die Kategorie psychosomatisch als solche ausdrücklich benannt wird.

Die vorsichtige Realisierung der Zusammenführungen kann auch zu Missverständnissen führen bzw. den Patienten ein `Schlupfloch´ lassen, so dass sie sich in ihren Antworten nicht direkt auf psychosomatische Zusammenhänge beziehen (müssen) (vgl. Beispiel (5)).

- In vielen Zusammenführungen werden allgemeine Regeln in Bezug auf psychosomatische Zusammenhänge aufgestellt. Körperliche Reaktionen auf emotionale und psychische Belastungszustände werden als ein universelles Prinzip dargestellt. In einigen Zusammenführungen wird explizit darauf verwiesen, dass „jeder Mensch“ körperlich auf psychische Anspannungssituationen reagiert und es werden beispielhaft verschie-

---

<sup>84</sup> Diese Begriffe gehen zurück auf das Konzept der `membership categorization´, das Harvey Sacks in den 1960er und 1970er Jahren entwickelt hat (vgl. Sacks 1992) und das seitdem von unterschiedlichen Seiten aufgegriffen und weiterentwickelt wurde (vgl. Hester/Eglin 1997; Housley/Fitzgerald 2002; Watson 1978, 1997). Die `membership categorization analysis´ untersucht, wie Menschen andere Individuen oder auch Objekte in (schon `vorher´ gesellschaftlich existierende) Kollektionen einteilen und wie sie dies sprachlich vermitteln. Eine Kollektion (`membership categorization device´) ist z.B. die „Familie“, die sich aus verschiedenen Mitgliedern (z.B. Vater, Tante, Sohn, Enkelin) zusammensetzt. Die einzelnen Mitglieder wiederum sind durch bestimmte Handlungen und Eigenschaften (`category-bound activities´ bzw. `category-bound features´) ausgezeichnet. Die Kategorisierung kann in verschiedenen Situationen unterschiedlich ausfallen: So können z.B. bei einem golfspielenden Arzt, der Vater dreier Kinder ist, je nach Situation jeweils die Kategorien „Golfspieler“, „Arzt“ oder „Vater“ und die dazugehörigen Aktivitäten und Merkmale relevant werden.

dene körperliche Reaktionen aufgelistet. Dadurch werden die Beschwerden der Patienten normalisiert.

- Viele der Zusammenführungen weisen intertextuelle Rückbezüge auf. Das heißt, die Therapeuten greifen selektiv auf Wissen über die Patienten zurück, das sie zuvor von den Patienten erhalten haben. Mit den Rückbezügen liefern die Therapeuten biographische Evidenzen für bestimmte Gefühle oder Belastungszustände des Patienten oder auch Evidenzen, die zeigen, dass der Patient selbst bereits psychosomatische Zusammenhänge festgestellt hat. Durch diese konkreten 'biographischen Evidenzen' unterstützen und plausibilisieren sie einerseits das abstrakte psychosomatische Modell als solches, andererseits werden damit zugleich die Beschwerden der Patienten in einen bestimmten Kontext gestellt und somit auch plausibilisiert. Maynard (2004: 71) hält im Hinblick auf medizinische Diagnosen Folgendes fest:

In a variety of places, and especially when some outcome in the world has a negative valence or is dispreferred, those who are presenting that outcome to others work carefully through their practices of talk-in-interaction to establish its objectivity – its visibility not just for the speaker but for anyone including the recipient.

Anders als z.B. bei medizinischen Diagnosen verfügen die Therapeuten nicht über objektive Informationen wie Untersuchungs- oder Testergebnisse. Daher nimmt die Unterstützung durch Evidenzen aus der Lebenswelt der Patienten, die Anknüpfung an die 'voice of the lifeworld' (vgl. Mishler 1984), einen besonderen Stellenwert in psychosomatischen Erklärungsmodellen ein. Die Therapeuten stellen mit ihren Bezugnahmen auf die Lebenswirklichkeit der Patienten gewissermaßen eine 'Objektivierung' der Zusammenführungen her und machen das von ihnen angebotene psychosomatische Modell intersubjektiv nachvollziehbar.

- Wie auch die Aktualisierungs- und die Lokalisierungsfragen können die Zusammenführungen als 'B-event-statements' (vgl. Labov/Fanshel 1977) interpretiert werden, da sie Aussagen über Erlebnis- und Erfahrungsbereiche der Patienten treffen.

Die Therapeuten stellen Verbindungen zu der Lebenswirklichkeit der Patienten her und nehmen so für sich in Anspruch, die Erfahrungen und auch Beschwerden der Patienten (mit einem psychosomatischen Modell) interpretieren und erklären zu können.

## 7.2 Patientenreaktionen auf psychosomatische Zusammenführungen

Nachdem im vorangegangenen Kapitel die psychosomatischen Zusammenführungen untersucht wurden, sollen in diesem Kapitel die Patientenreaktionen auf Zusammenführungen analysiert werden. Patienten sind keine passiven Rezipienten, sondern können mit ihren eigenen Aktivitäten den psychotherapeutischen Prozess beeinflussen. Gerade die Reaktionen auf Vorschläge oder Deutungsangebote der Therapeuten sind aufschlussreich im Hinblick auf die Einstellungen und Krankheitsüberzeugungen der Patienten. Patienten haben verschiedene Möglichkeiten, auf solche Vorschläge, in diesem Fall auf Zusammenführungen, zu reagieren, „they may resist the therapist’s articulation or take it in a different way; they may withdraw, remain silent, or continue to maintain their own point of view“ (Buttny 1996: 137). Ihre Reaktion beeinflusst den weiteren Verlauf der interaktiven Bearbeitung der Zusammenführung; je nach Reaktion kann die Bearbeitung weiterentwickelt, suspendiert oder abgebrochen werden. In den nachfolgenden Analysen wird mikroanalytisch untersucht, wie sich ein gemeinsames Krankheitsverständnis entwickeln kann bzw. auch, welche Probleme bei der Erarbeitung eines solchen Verständnisses auftreten können.

Psychosomatische Zusammenführungen enthalten zwei Dimensionen, auf die sich die Patienten in ihren Anschlussaktivitäten beziehen können: Es wird zum einen ein psychosomatisches Modell angeboten, zum anderen werden die Beschwerden, z.B. in Form von Rückbezügen oder durch die Bezugnahme auf konkrete Symptome, in Verbindung zu der Lebenswelt der Patienten gebracht. Da das psychosomatische Modell auf den Patienten und seine Lebenswirklichkeit bezogen wird, können Zusammenführungen als B-event-statements verstanden werden. Wie in Kapitel 7.1.3 bereits erläutert wurde, machen B-event-statements deklarative Aussagen über Sachverhalte, zu denen der Rezipient einen primären und daher auch privilegierten Zugang hat (vgl. Labov/Fanshel 1977:100). Der Patient ist also der „owner of experience“ (vgl. Sharrock 1974).

B-event-statements machen eine Antwort der Patienten konditionell relevant und werden üblicherweise entweder mit Bestätigung oder Ablehnung quittiert (vgl. Heritage/Roth 1995: 10). Sie werden von den Interaktanten routinemäßig als bestätigungselizitierend behandelt (vgl. Labov/Fanshel 1977: 100). In Kapitel 7.1.3 wurde bereits gezeigt, dass Zusammenführungen Merkmale enthalten, die eine Zustimmung einfordern (z.B. dreigliedrige Listenstrukturen, reformulierende Wiederholungen, `tag questions´ oder Fragen am Ende der Zusammenführungen). Vehviläinen (2005) weist auf eine weitere Eigenschaft der Reaktionen auf B-event-statements hin. Sie erklärt, dass „[f]ormulations of others’ talk, as well as b-event-statements, call for the recipients’ own views in the next turn“ (ibid: 5).

Im Folgenden sollen unterschiedliche Zustimmung- bzw. Ablehnungsformate der Patienten dargestellt werden: Zum einen werden eher minimale Zustimmungen und Ablehnungen gezeigt, die ohne weitere Begründungen oder Erklärungen gegeben werden. Öfter aber berufen sich die Patienten auf ihre Lebenswelt und realisieren damit sowohl Zustimmungen als auch Ablehnungen. Sie bringen also ihre eigene Perspektive, ihre „own views“, ein. Dabei können sie eigene Evidenzen oder Begründungen anführen oder biographische Evidenzen aus den Zusammenführungen aufgreifen und diese zustimmen/sie ablehnen bzw. differenzieren<sup>85</sup>. Wie sich in den Analysen zeigen wird, ist eine eindeutige Zuordnung zu einer Zustimmung oder Ablehnung des zugrunde liegenden psychosomatischen Modells allerdings nicht immer möglich. Patienten können die Zusammenführungen z.B. implizit ratifizieren oder können sich auf die konkreten von den Therapeuten angebotenen Beschwerdeursachen beziehen und diese ablehnen, ohne dass ihre Reaktionen einen Schluss darüber zulassen, ob sie generell eine psychosomatische Erklärung für ihre Beschwerden zurückweisen.

Im Folgenden werden zunächst zustimmende Reaktionen, daran anschließend ablehnende Reaktionen dargestellt<sup>86</sup>.

Zunächst werden zwei Zustimmungen ohne Begründung vorgestellt. Anschließend wird eine Zustimmung gezeigt, die eine Evidenz beinhaltet. Anhand der beiden letzten Beispiele wird demonstriert, wie Patienten eine biographische Evidenz aus den Zusammenführungen aufgreifen und diese ratifizieren bzw. differenzieren.

Die beiden folgenden Zustimmungen funktionieren zwar unterschiedlich. Sie wurden aber deshalb der Kategorie der einfachen Zustimmungen zugeordnet, weil die Patienten den Zusammenführungen zustimmen, ohne ihre Einstellung näher zu begründen bzw. ohne auf konkrete Beispiele aus ihrer Lebenswelt einzugehen.

---

<sup>85</sup> Die Darstellung der Antwortformate ist selbstverständlich nicht erschöpfend. Es findet sich beispielsweise auch die Frage „Was kann man dagegen tun?“ oder in einem Fall auch eine längere Sequenz, in der der Patient die von der Therapeutin als Belastungsevidenz aufgeführte Verantwortung am Arbeitsplatz rechtfertigt.

<sup>86</sup> Die Anordnung der Beispiele bezieht sich auf die lexikalisch ausgebauten Reaktionen der Patienten und nicht auf die minimalen Hörersignale. Zum einen begleiten solche Hörersignale oft nur den Turn des Sprechers und behandeln ihn als `still in progress` (vgl. Goodwin 1986; Goodwin 1980; Jefferson 1984; Schegloff 1982). Zum anderen zeigen solche Hörersignale, wenn sie Zustimmung signalisieren, nicht an, auf welcher Basis die Zustimmung erfolgt (vgl. Clark et al. 2003: 9), „and, as such, are always open to being received as instances of what Goffman (1967) calls a `working acceptance` rather than a `real` one [...]“ (ibid). Dasselbe gilt natürlich auch für Ablehnungshandlungen.

Da nicht immer eindeutig zu bestimmen ist, wann eine Zusammenführung tatsächlich beendet ist (vgl. Peräkylä 2005) und daher auch nicht, ab wann eine Reaktion der Patienten tatsächlich relevant wird, wurde die Patientenperspektive eingenommen (d.h. also: wann sehen die Patienten selbst eine Reaktion als relevant an?) und die Beispiele nach den ersten lexikalisch `aufgefüllten` Reaktionen der Patienten geordnet. Diese Reaktionen sind in den Transkripten jeweils fett markiert.

Vor Beginn der folgenden Sequenz hat der Patient auf Aufforderung der Therapeutin vermutet, dass er von seinem alkoholkranken Vater enttäuscht war, da dieser rückfällig geworden ist.

(1)-(0014-4) „ich denke so war's halt“ - *Reizdarmbeschwerden*

263 T: ja (--)  
264 so enttäuschung dass er wieder TRINKT,  
265 P: ja eben grad auf jeden fall wo ( ) meine MUTter (hin) erzählt  
266 hat,  
267 und das (.) ich hätte ECHT schon gedacht dass er aufhört.  
268 T: hm=hm,  
269 P: hm-((lacht leise durch die Nase))  
270 T: ja;=MIR fällt dazu noch ein ihre SPRACHlosigkeit.  
271 (---)  
272 sie ham=waren entTÄUSCHT, (--)  
273 [ham=s ihm aber nich SAGEN können.  
274 P: [SCHON.  
275 ja.  
276 (1.0)  
277 T: hm=hm,  
278 (1.0)  
279 P: ((lacht kurz))  
280 (1.0)  
281 T: und was man nicht SAGEN kann, dass schluckt man ja oft (.) RUnter  
282 und schluckt=s dann im BAUCH (.) steckt=s dann.  
**283 P: hm=hm, SCHON**  
284 T: hm=hm (--)  
285 und dann (-) kommt=s (-) exploSIONsartig manchmal raus.  
**286 P: SCHON.**  
287 (1.0)  
288 T: SCHON sagen sie? ke=KENnen sie des?=  
**289 P: =ja, des is (.) ich denke so WAR=s halt [( )**  
290 T: [so WAR=s denken sie  
291 ja.  
292 (1.5)  
293 was is !SCHLIM!mer so da=was=was=was is daran (.) also dieses (.)  
294 öhm (---) es nich AUSsprechen (-) also nich WAgen auszusprechen,  
295 ANzusprechen bei dem vater, (-) oder dieses exploSIONsartige  
296 dann.  
297 (2.0)  
298 was sie dann durch den DARM-  
299 P: ((lacht))  
300 T: vermutlich RAUSkommt. (-)  
301 sie SAGten ja auch, da wollte was geBOren werden; ne?

Die Therapeutin greift die Enttäuschung des Patienten auf und vergewissert sich, dass er die Enttäuschung auf den Rückfall des Vaters bezogen hat (Z. 264). Der Patient bestätigt dies (Z. 265-267), woraufhin die Therapeutin einen Schritt weiter geht und den Patienten mit der Einschätzung konfrontiert, dass er seine Enttäuschung nicht artikulieren konnte (Z. 270-273). Der Patient bestätigt diese Einschätzung minimal, äußert sich allerdings nicht weiter dazu (Z. 274-280), so dass die Therapeutin eine Zusammenführung realisiert und die Bauchbeschwerden des Patienten in Verbindung mit der unartikulierten Enttäuschung bringt (Z.281/282). Da der Patient dies minimal bestätigt (Z. 283), erweitert die Therapeutin ihre Zusammenführung und

erklärt, dass die heruntergeschluckten Gefühle „explosionsartig“ hervortreten, also Durchfälle auslösen können. Auch dies wird von dem Patienten nur zurückhaltend bestätigt (Z. 286), so dass die Therapeutin nachfragt, ob der Patient einen solchen Zusammenhang kennt (Z. 288). Dieser Frage stimmt der Patient explizit zu, ohne die Zusammenführung jedoch näher zu kommentieren (Z. 289). Die Therapeutin wiederholt zunächst die Antwort des Patienten (Z.290/291) und geht dann dazu über, zu eruieren, welchen Umgang mit seinen Beschwerden (das Verschweigen der Enttäuschung bzw. die Durchfälle) der Patient als „schlimmer“ einschätzt (Z.293-300). Ihre Frage ist im Vergleich zu ihrer Zusammenführung inkohärent: In der Zusammenführung hat die Therapeutin die Sprachlosigkeit des Patienten als Auslöser für seine Durchfälle dargestellt, nun aber etabliert sie einen Gegensatz von dem „Nicht-Aussprechen“ der Enttäuschung und der explosionsartigen Entleerung des Darms. Die Äußerungen der Therapeutin sind relativ konfus. Es scheint beinahe so, als sei sie mit der eindeutigen Zustimmung des Patienten überfordert und auf eine weiterführende Intervention nicht vorbereitet.

Die nächste Sequenz zeigt ebenfalls eine einfache Zustimmung. Die Patientin ratifiziert allerdings nicht nur die Zusammenführung, sondern weist von sich aus auf ihre durch Belastungen ausgelöste körperliche Reaktion hin.

Vor Beginn der folgenden Sequenz hat die Therapeutin die Patientin gebeten, zu schildern, wie es „das letzte Mal mit den Beschwerden war“. Sie hat damit eine längere Erzählung der Patientin elizitiert: Die Patientin hat unter anderem geschildert, dass in die Zeit ihrer Beschwerden ein Krankenhausaufenthalt fiel, an dessen Ende sie Angst davor hatte, nach Hause zu gehen, da sie sich vor ihrem Mann fürchtete. Aufgrund dieser Angst erlitt sie einen Rückfall ihrer Beschwerden und konnte sich nicht mehr bewegen. Nach dieser Erzählung setzt die Therapeutin mit einer klärenden Nachfrage ein, mit der die folgende Sequenz beginnt.

(2) – (0032-1) „dann reagiert mein Körper“ – *Beschwerden nicht zu ermitteln*

08 T: was was was mir jetzt=äh:: (.) was ich jetzt sehr interesSANT finde  
 09 is auch dass sie selbst sagen .hh äh (.) als die ANGST kam? (-)  
 10 [also irgendwie sie wollten da nich wie[der HIN und dann kam  
 11 P: [hm=hm, [hm=hm,  
 12 T: auch=n RÜCKfall;  
 13 P: ja=a,  
 14 T: .h das HEIßT also da g` scheint=s doch ne enge verBINDung zu  
 15 geben;ja?=  
 16 =wenn sie sehr [geSTRESST sind und (wenn) [sie psychisch stark  
 17 P: [hm=hm, [ja=a,  
 18 T: unter DRUCK? (--)  
 19 P: **da[nn,**  
 20 T: [BRINGT off[ensichtlich  
 21 P: **[reagiert mein KÖRper;=**  
 22 T: =und dann reagiert ihr KÖRper für sie;

23 P: ja=a,  
 24 (.)  
 25 T: und::: (.) teilt praktisch damit M[IT (-) ich kann da nich wieder  
 26 P: [hm=hm,  
 27 T: [zurück  
 28 P: [hm=hm,  
 29 T: oder es GE[HT mir da nicht gut o[der-  
 30 P: [hm=hm, [ganz geNAU;  
 31 T: ich halte das nicht [mehr AUS.  
 32 P: [ja=a,  
 33 (--)  
 34 T: hm=hm,  
 35 (--)

Nachdem die Therapeutin sich vergewissert hat, dass sich die Patientin in ihrer Schilderung auf eine zurückliegende Situation bezogen hat und dies von der Patientin bestätigt wurde (Z. 01-04), setzt die Therapeutin zu einer Zusammenführung an. Sie leitet ihren Turn mit einer Formulierung ein („was ich jetzt sehr interessant finde“, Z. 08) und verweist dann mit einem Rückbezug darauf hin, dass die Patientin die (nachfolgende) Information, die Vermutung, dass ihre Angst einen Rückfall ihrer körperlichen Beschwerden ausgelöst hat, selbst zur Verfügung gestellt hat (Z. 09). Die Patientin bestätigt dies (Z. 14), woraufhin die Therapeutin, eingeleitet mit dem Reformulierungsindikator „das heißt also“, die eigentliche Zusammenführung realisiert und damit die konkrete Information der Patientin (ihre Angst hat einen Rückfall ausgelöst) auf eine allgemeingültige Ebene hebt („da scheint=s doch ne enge Verbindung zu geben ja? wenn sie sehr gestresst sind und (wenn) sie psychisch stark unter Druck?“, Z. 14-16). Die Zusammenführung weist eine Konditionalstruktur auf, allerdings realisiert die Therapeutin nur die Protasis. Die Apodosis ist jedoch aufgrund der wenn-dann-Struktur und der vorangegangenen Äußerung sowohl syntaktisch als auch inhaltlich stark projiziert (vgl. Auer 2005; Lerner 1996). Die Patientin realisiert die Apodosis und komplettiert den Satz mit „dann reagiert mein Körper“ (19/21). Sie stimmt also der Zusammenführung nicht nur zu, sondern sie ist sogar diejenige, die die Zusammenführung vervollständigt. Es ist möglich, dass sie die Wortfindungsphase der Therapeutin (Pause in Z. 18) möglichst kurz halten will und daher den Satz der Therapeutin beendet. Die Therapeutin wiederholt die Äußerung der Patientin (Z. 22) und führt sie weiter aus, indem sie die Reaktion des Körpers auf die Angstzustände beschreibt. Sie personifiziert den Körper und nimmt dessen Perspektive ein („*ich* kann da nich wieder zurück, oder es geht *mir* da nicht gut oder *ich* halte das nicht mehr aus“, Z. 25-31). Die Patientin bestätigt diese Äußerungen (Z. 30/32) (in Überlappung), nimmt allerdings keine eigenen Bewertungen oder Einschätzungen vor.

In dem nächsten Beispiel ratifiziert die Patientin die Zusammenführung, indem sie eine biographische Evidenz einsetzt. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Zustimmungen ist an

dieser Reaktion nicht eindeutig zu bestimmen, ob die Patientin die gesamte Zusammenführung oder nur einen Teil daraus ratifiziert.

Vor dem folgenden Ausschnitt hat die Therapeutin auf einen möglichen Daueranspannungsgrad in der Kindheit der Patientin hingewiesen, da die Patientin nach dem Tod ihrer Mutter bei einer Pflegemutter gewohnt hat, die sie vernachlässigt hat.

(3) – (0033-3) „des isch auch in der Firma so“ - *diverse Beschwerden, u.a. Schwächegefühl in den Beinen*

581 T: aber ä:hm (---) von DAher=s denk ich mal (--) K:ÖNNT ich mir  
582 vorstelln dass das auch was is was sie: (-) in der FRÜHen  
583 zeit (.) sehr stark (2.2) KÖRperlich auch gespürt ham?=  
584 =so ne ANspannung, (.) ja?  
585 (--)  
586 und=äh:m (--) was auch (.) im jetzigen beRUFsleben was  
587 natürlich was sie sagen was !VIE!le haben die aktiv sind. ja?  
588 P: hm=hm,  
589 T: wo es wie so: (.) es is was ALtes vielleicht auch mit dabei  
590 aber viel auch was NEUes.=[ja?  
591 P: [hm=hm;  
592 (--)  
593 T: und es sind ja durchaus ANDre schwere krisen durch die sie  
594 schon gegangen sind AUCh.  
595 P: hm=[hm,  
596 T: [also (.) nur von denen von denen sie mir erzÄHLT haben:=  
597 =und da mögen noch andre sein (.) die sie jetzt NICH erzählt  
598 am und auch gar nich (.) erzählen BRAUchen.  
599 und [( )  
600 P: [oder gar net mehr WEIß; o[der,  
601 T: [hm=hm,  
602 T: Ebn.  
603 P: ja ja.  
604 T: manchmal (.) durchläuft man das ja auch so UN[bewusst.  
605 P: [hm=hm,  
606 (1.0)  
**607 P: des isch auch in der FIRma so.=**  
**608 =ich mein immer man müsst alles hundertFÜNfzigprozent**  
609 mach[n.  
610 T: [hm=hm,  
611 (--)  
**612 P: u:nd ich denk immer wenn ICH=s jetzt nich fertig mach macht=s n**  
**613 ANDrer nich fertig;**  
**614 und die verLASSen sich jetzt natürlich scho dadrau[f.**  
615 T: [hm=hm,  
616 (--)  
617 P: ge und (.) na,  
618 T: das heißt es STEIGT und STEI[GT und STEIGT.  
619 P: [ja,  
620 P: ja,  
621 T: die SCHWELLE.  
622 P: ja ja.  
623 (1.0)  
624 T: wie war das so in der äh: PFLEgefamilie? (---)  
625 warn sie da auch n kind was eher sehr ähm (--) sehr  
626 HILFSbereit war?  
627 es versucht hat GUT zu machen?  
628 (--)  
629 P: ah beSTIMMT beSTIMMT.=  
630 =ich war ich war ja glaub ich ein (.) ganz a DANKbarkeits::



Zustimmungssignalen bestätigt wird (Z. 619 - 621). Das von der Therapeutin nachgeschobene „die Schwelle“ spezifiziert den von ihr zuvor nur als „es“ eingeführten Referenten (Z. 618). Gleichzeitig findet damit aber auch eine Reinterpretation statt: Ging es zuvor, wenn auch nicht explizit, um das steigende Stressniveau der Patientin, wird nun die „steigende Schwelle“ relevant gesetzt. Eine steigende Schwelle entspricht allerdings eher einer erhöhten Widerstandskraft und würde somit geradezu der ursprünglichen Zusammenführung der Therapeutin widersprechen und damit auch die Zustimmung der Patientin auf eine andere, möglicherweise sogar gegensätzliche, Basis stellen. Auf was sich die Therapeutin letztendlich bezieht (auf ein steigendes Stressniveau oder eine steigende Widerstandschwelle), kann an dieser Stelle nicht eindeutig analytisch aufgelöst werden. Da die Patientin nicht weiter auf die Äußerung der Therapeutin eingeht (Pause, Z. 623), stellt die Therapeutin eine Informationsfrage, ob die Patientin auch als Kind bereits die Haltung hatte „es gut zu machen“ (Z. 627), womit sie wieder auf den Ausgangspunkt ihrer Zusammenführung, die Kindheit der Patientin, zurückkommt.

In den folgenden beiden Beispielen greifen die Patienten eine in der Zusammenführung enthaltene biographische Evidenz auf und führen diese fort. Die aufgrund des Einsatzes von Rückbezügen zum Teil komplexe Organisation von Zusammenführungen erlaubt es den Patienten, Aspekte der Zusammenführung aufzugreifen, ohne dabei das gesamte Modell ratifizieren oder ablehnen zu müssen. Das Selektieren von bestimmten Aspekten findet sich auch in Patientenreaktionen auf psychoanalytische Deutungen (Peräkylä 2005). Dieses selektive Aufgreifen kann auf die `multi-unit`-Organisation (vgl. Linell et al. 2003) der Deutungen zurückgeführt werden: Da Deutungen oft verschiedene `Einheiten` enthalten, können die Patienten bestimmte Aspekte auswählen, fokussieren und weiterführen. (vgl. Peräkylä 2005: 173). Dies kann dazu führen, dass die Deutungen von ihrem ursprünglichen Zielpunkt abgelenkt werden (vgl. *ibid*: 174). In dem Fall der Zusammenführungen knüpfen die Patienten z.B. an die von den Therapeuten als Evidenzen für ihr psychosomatisches Modell angeführten konkreten Lebenswelt-Bezüge an und führen diese (ebenfalls auf einer konkreten Ebene) weiter.

Vor der folgenden Sequenz hat die Patientin geschildert, dass ihr Vater sie in ihrer Kindheit nicht vor den radikalen Erziehungsmethoden ihrer Lehrer geschützt hat. Sie hat dann längere Zeit über ihren Vater gesprochen und ihn als „bedauernswert“ eingestuft, da er sich ausschließlich über die Arbeit definiert habe. Zur besseren Nachvollziehbarkeit wurde das Transkript in zwei Abschnitte unterteilt.

(4)- (0092-3) „den Kindern beschtmöglichste Schutz geben“ - *Gelenkbeschwerden*

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 sachen 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 MEIN (platz).  
17 T: <<p> hm,> (.)  
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,  
27 (--)  
28 T: also immer DIEsen (.) 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 mei=m (.) 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> VORstellen.>  
44 P: [(au au) ei (.) eines nachts mal ab aus=m  
45 fenschter raus und so wo der [wo (er mich) (-- ) SCHLAgen  
46 T: [AH ja; ja-  
47 P: wollte.  
48 P: [ja,  
49 T: [<<ungeduldig> mh>,  
50 P: also [das ja-  
51 T: [<<ungeduldig> hm>,

Nach der längeren Schilderung der Patientin über ihren Vater, ergreift die Therapeutin das Rederecht und verschiebt den Fokus von dem Vater hin zu der Patientin (Z. 01-03). Ihre Äußerungen bleiben allerdings elliptisch. Mit einem Rückbezug („sie hatten ja am Anfang als sie in das Zimmer kam wo is mein Platz auch ja?“, Z. 04/06) liefert sie eine Evidenz für ihre Einschätzung und setzt dann zu einer Elaboration an (Z. 10). Die Patientin übernimmt allerdings

das Rederecht und bestätigt die Einschätzung der Therapeutin (Z. 11-16). Die Therapeutin knüpft mit einer Formulierung daran an und bindet sie durch das initiale „und“ (vgl. Heritage/Sorjonen 1994) und das „jetz so“ direkt an den Turn der Patientin an. Sie bezieht sich auf die zuvor von der Patientin bereitgestellten Informationen („Bedrohung durch Schläge; der mangelnde Schutz“, Z. 20/22) und realisiert diesen Rückbezug im Nominalstil. Die Therapeutin führt diese Erlebnisse mit einer „ständigen Anspannung“ zusammen (Z. 23). Sie expliziert die Qualität der Anspannung jedoch nicht näher, die Zusammenführung bleibt damit vage und indirekt. In der Elaboration der Zusammenführung übernimmt die Therapeutin die Perspektive der Patientin („wie rett *ich mich* vielleicht auch“, Z. 25). Die Patientin bestätigt die Zusammenführung minimal (Z. 26), äußert sich allerdings nicht weiter dazu, so dass die Therapeutin eine neue biographische Evidenz anführt (Z. 28-30). Mit diesem Rückbezug bezieht sie sich auf eine Situation, in der die Patientin, die sich an einer Glasscherbe geschnitten hatte, trotz der stark blutenden Wunde versucht hatte, einen klaren Kopf zu bewahren und selbst noch an den Impfpass gedacht hatte, als sie ins Krankenhaus gebracht wurde. Im Anschluss verknüpft die Therapeutin diese Situation mit der Kindheit der Patientin und verweist auf die Bedrohung durch den Bruder (der sie geschlagen hat). Mit „das war sicher auch Gedanken“ (Z. 41) geht die Therapeutin in epistemischer Hinsicht einen Schritt zurück: Hatte sie zuvor noch in Perspektivübernahme das Kindheits-Szenario der Patientin geschildert, allerdings eingeleitet mit „vielleicht“ („wie geh ich meim Bruder aus=m Weg oder wo kann ich hin, Z. 36/38), erkennt sie nun die epistemische Autorität der Patientin an und fordert eine Ratifizierung ihrer Schilderung ein, die die Patientin gibt (Z. 42). Der sich anschließende Turn der Therapeutin („kann ich mir auch vorstellen“, Z. 43) ist interessant gestaltet: Er weist das Design eines `second pair parts` auf, dabei ist er ein `third turn`: Die Therapeutin hat eine Einschätzung vorgenommen und eine Zustimmung der Patientin eingefordert, die diese minimal, ohne weitere inhaltliche Zusätze, gegeben hat. Daraufhin liefert die Therapeutin als `third turn` wiederum eine Einschätzung. Diese Einschätzung ist jedoch so realisiert, dass man annehmen könnte, die Patientin hätte als `first pair part` eine inhaltliche Bewertung vorgenommen und die Therapeutin hätte diese als `second` kommentiert. Dadurch wird die von der Therapeutin vorgenommene Einschätzung retrospektiv in gewisser Weise zu der Einschätzung der Patientin. Die Patientin unterbricht die Therapeutin und baut die von der Therapeutin aufgerufene Szene (die Bedrohung durch den Bruder) weiter aus. Sie geht dabei nicht auf das globale Modell „mangelnder Schutz ruft Anspannung hervor“ ein, sondern bezieht sich auf die konkrete Lebenswelt-Schilderung der Therapeutin. Dies ist durch die szenische Schilderung der Therapeutin im Anschluss an die „Kern-Zusammenführung“ (Z. 18-23) pro-

voziert: Rezipienten greifen oft die letzten Einheiten eines Turns auf und elaborieren diesen (vgl. Peräkylä 2005: 173). An den ungeduldig produzierten Hörersignalen der Therapeutin (Z. 49/51) wird jedoch deutlich, dass sie die Schilderung der Patientin an dieser Stelle nicht weiter verfolgen, sondern weiter an einem psychosomatischen Modell arbeiten möchte (für den weiteren Verlauf siehe folgenden Ausschnitt).

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 sagen grad (.) den kindern den BESTmöglichsten schutz  
 81 geben und daVOR (.) kurz davor berichteten sie ja noch von  
 82 ihrem 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 kehrt von der konkreten Erzählebene der Patientin auf die abstraktere Modell-Ebene zurück und verweist erneut auf die „Dauerbelastung“, die die Patientin erlebt hat (Z. 53/54). Sie setzt einen weiteren Rückbezug („Sorge um die Kinder“<sup>87</sup>, Z. 57) ein. Sie sammelt also Evidenzen für ihre psychosomatische Erklärung, und nennt als Folge erneut „dieses Unterspannungsein“ (Z. 59/61), ohne allerdings die Belastung oder Spannung näher

<sup>87</sup> Die Patientin hatte zwei schwerkranke Kinder, die gestorben sind.

zu explizieren. Die Patientin stimmt dieser Erklärung mit „ja ja“ (Z. 62) zu, geht in ihrem Folgeturn jedoch nicht auf die Anspannung ein, sondern setzt das Thema „den Kindern Schutz geben“ relevant und führt es weiter aus. Sie greift also, wie auch bereits in Zeile 44/45, den konkreten, lebensweltlichen Rückbezug auf und stimmt damit zwar nicht dem Anspannungsmodell der Therapeutin zu, ratifiziert aber doch einen Aspekt daraus, nämlich die Sorge um die Kinder. Die Therapeutin insistiert nicht auf einer expliziteren Zustimmung und suspendiert die Zusammenführung, indem sie die Kindheitserfahrungen der Patientin mit der eigenen Rolle als Mutter verknüpft.

In dem folgenden Beispiel greift die Patientin ebenfalls einen Rückbezug der Therapeutin auf. Anders als in der vorangegangenen Sequenz bestätigt sie diesen Rückbezug nicht explizit, sondern differenziert ihn und liefert weitere biographische Informationen. Damit stimmt sie der Therapeutin zwar, wenn auch indirekt, zu, führt die eigentliche Zusammenführung aber von ihrem Zielpunkt weg.

Dieses Beispiel wurde im Hinblick auf die Gestaltung der psychosomatischen Zusammenführung bereits in Kapitel 7.1.3 (Beispiel (3)) ausführlich analysiert. Die Darstellung beschränkt sich daher auf die Reaktion der Patientin im Anschluss an die Zusammenführung (ab Zeile 1117).

(5)- (0033-3) „oder ich krieg dann diese Fruschtesserei“- *diverse Beschwerden, u.a. Schwächegefühl in den Beinen*

1079 T: sind sie darauf ANgewiesen auch?  
1080 P: ja=a SCHON; (-)  
1081 SCHON ja=a;  
1082 T: brauchen sie BEIde einkommen eigentlich?  
1083 P: ja=a,  
1084 (1.2)  
1085 T: naja aber was (.) !MIR! wichtig is dass sie einfach SEH:N (-)  
1086 ((schluckt))  
1087 WAS da alles (.) was sie alles so auf ihren SCHULtern (.)  
1088 tragen [sag ich mal;=  
1089 P: [hm=hm,  
1090 T: =oder auf dem RÜCKen?  
1091 ((atmet ein))  
1092 äh:m (-) was da alles zuSAMmenkommt? (1.2)  
1093 was eben (.) auch das SCHMERZerleben was sie (.) vorhin  
1094 angesprochen haben (.) verändern kann.=ja?=  
1095 =dass es einfach dann zu (.) STÄRkeren schmerzen kommt? (1.0)  
1096 es kann zu stärkeren ÄNGSten komm;=  
1097 =es kann auch zu stärkeren sag ich ma (-) depresSiven  
1098 verstimmungen kommen.=ja? (--)  
1099 wenn dieser geSAMTAnspannungsgrad (-) hoch is.=[ja?  
1100 P: [hm=hm,  
1101 (--)  
1102 T: oder es kommt zu mehr körperlichen sympTomen.=ja?  
1103 P: ja,  
1104 T: und wie sie grad Ebend=äh selber nochmal gemerkt haben,=  
1105 =da is also n ganz direkter zuSAMmenhang bei ihnen eigentlich  
1106 von dieser (-) berUFlichen belastung? (--)

1107 und ner körperlichen (--) reak[TION. ja?=  
1108 P: [hm=hm,  
1109 T: =jetz dieses (.) MAgendruck od[er (.) GALle oder nichts ESsen  
1110 P: [hm=hm,  
1111 T: könn;=  
1112 =und sie SAGten ja auch oft ess ich den ganzen tag nur n  
1113 bisschn OBST und-  
1114 P: ja=a ja;  
1115 T: erst Abends oder am WOchenende;=  
1116 =und [dann (gehts ihnen)  
**1117 P: [oder (.) krieg ich dann diese FRUSCHTesserei.**  
1118 T: ah=[ja.  
**1119 P: [dass ich dann die KEKse in der schublad [hab oder (--)**  
1120 T: [hm=hm,  
**1121 P: JEder hat bei uns in der schub[lad eigentlich irgendwas;**  
1122 T: [hm=hm,  
1123 T: was Süßes dann.  
1124 P: ja=a,  
**1125 P: und eine hat ne (.) schublade die isch (.) so dick voll (.)**  
**1126 nur mit Süßem.**  
1127 T: hm=hm,  
**1128 P: und dann d d (.) haut man halt das Süße in si[ch rein.**  
1129 T: [hm=hm,  
1130 (1.2)  
**1131 P: oder: oft bringt mal einer nen LEberkäswecken mit oder [irgend**  
1132 T: [hm=hm,  
**1133 P: SOWas;**  
**1134 dass [es dann ins GEgenteil <<lachend> umschlächt.>**  
1135 T: [( )  
1136 T: von den ganz (.) HUNgernden::-

Um ihre Zusammenführung (die körperliche Reaktion der Patientin auf ihre berufliche Belastung) zu unterstützen hat die Therapeutin einen Rückbezug eingesetzt und darauf verwiesen, dass die Patientin Magenprobleme hat und oftmals nur etwas Obst isst (Z. 1109-113). Die Patientin unterbricht die Therapeutin allerdings, bevor diese eine Konsequenz dieses Essverhaltens schildern kann (Z. 1117), indem sie darauf hinweist, dass sie „diese Fruschtesserei“ kriegt und dies näher erläutert (Z. 1119-1133). An der sprachlichen Oberfläche könnte die Reaktion der Patientin als Ablehnung des Rückbezuges interpretiert werden: Sie ratifiziert den Rückbezug, das „nichts essen könn“, nicht, sondern verweist im Gegenteil darauf, dass es auch Zeiten gibt, in denen sie viel isst. Das turneinleitende „oder“ (Z. 1117) kann als eine schwache Form der Reparaturmarkierung interpretiert werden. Die Patientin disqualifiziert jedoch nicht den Rückbezug der Therapeutin, sondern bringt eine weitere, gegenteilige, Reaktion ihrer beruflichen Belastung an und stimmt der Zusammenführung damit, wenn auch relativ implizit, zu: Die berufliche Belastung führt nicht nur dazu, dass sie oftmals nichts essen kann, sondern manchmal auch dazu, dass sie aus Frustration zu viel isst. Die Patientin erläutert die „Frustesserei“ konkreter und normalisiert ihr Essverhalten, indem sie darauf hinweist, dass „jeder“ etwas in der Schublade hat (Z. 1121) und dass jemand auch mal einen „Leberkäswecken“ mitbringt (Z. 1131). Mit ihrer abschließenden Äußerung („dass es dann ins

Gegenteil umschlächt“, Z. 1134) greift sie den Rückbezug der Therapeutin noch einmal implizit auf und stellt damit eine Verbindung zwischen dem „nichts essen können“ und der „Frustesserei“ her, wobei sie zugleich, wenn auch ebenfalls implizit, das „nichts essen können“ als eine Reaktion auf ihre berufliche Belastung ratifiziert. Die Therapeutin verfolgt zunächst ihr Erklärungsmodell nicht weiter, sondern exploriert das Essverhalten der Patientin (diese Sequenz ist hier nicht mehr aufgeführt) und fragt nach Anzeichen einer möglichen Bulimie („müssen sie das dann erbrechen“), was die Patientin allerdings nicht bestätigt.

Im Folgenden wird zunächst eine einfache Ablehnung dargestellt. Anschließend werden drei Ablehnungen demonstriert, die unterschiedliche Begründungen bzw. Kontraevidenzen beinhalten, bevor dann auf zwei Reaktionen eingegangen wird, die biographische Evidenzen aus den Zusammenführungen aufgreifen und ablehnen bzw. differenzieren.

Das folgende Beispiel wurde bereits in Kapitel 7.1.3 in Bezug auf die Zusammenführung diskutiert (Beispiel (5)) und wird daher nur im Hinblick auf die Reaktion der Patientin analysiert. Die Patientin lehnt streng genommen nicht die Zusammenführung ab, sondern weist die Frage der Therapeutin nach möglichen psychosomatischen Zusammenhängen zurück.

Vor Beginn der Sequenz hat die Patientin auf Nachfrage der Therapeutin berichtet, dass ihr Schmerz stärker ist als sonst. Sie begründet das mit dem Schlafmangel, an dem sie durch die Unruhe im Krankenhaus leidet (siehe Beginn des Transkripts).

(6)-(0023-3) „kann ich nicht sagen“ - *Kopf- und Gelenkschmerzen, Bauchbeschwerden*

57 P: [ja;  
58 aber es kommt wahrscheinlich auch ebend (.) durch den  
59 SCHLAFmangel-  
60 un- h. is SEHR viel action auf der station los- (-)  
61 u:nd JA: halt (-- ) nicht gerade LEISe und (.) ich hab dann halt  
62 versucht so mit musik zu entSPANnen und-  
63 h. eben und die HITze macht mir halt SEHR zu schaffen also da  
64 merk ich halt auch dass (-- ) von=n schmerzen her dass sich des  
65 schon bei also schon sehr be[EINflusst;  
66 T: [hm=hm-  
67 hm=hm,  
68 hm=hm-  
69 hm=hm,  
70 (---)  
71 T: schon SEHR heiß==ge,  
72 (-)  
73 P: <<stöhnend>oh> (.) WAHNSinn- ((lacht))  
74 T: <<lachend>ja>, ((lacht kurz))  
75 h. j:a;=  
76 P: ((räuspert sich))  
77 T: und dann fehlt auch der SCHLAF sachten [sie das würde die  
78 P: [ja-  
79 T: schmerzen verSTÄR[ken;=  
80 P: [ja;=  
81 T: =(ja) es gibt ja h. gibt ja bestimmte (-- ) dinge die einfach  
82 schmerz der DA ist ver[STÄRKT;  
83 P: [ja-

84 (1.60)  
85 T: kann:: mangelnder SCHLAF sein das kann UNruhe sein das kann  
86 innerliche ANspannung sein- h.  
87 (--)  
88 kennen sie das AUCH dass ihr schmerz eben (---) äh  
89 <<p>öh:m> so von bestimmten DINgen auch abhängig ist die (---)  
90 die NICH so vom körper her kommen-  
91 (---)  
92 P: **Eigentl (.) 'hm'hm;**  
93 (--)  
94 T: also mangelnder SCHLAF zum beispiel==  
95 P: ja- (--)  
96 oder eben äh (.)wetterveränderungen (--)  
97 T: ganz besON[ders merk [ja?  
98 T: ja,  
99 (3.25)  
100 T: sons wenn=s wenn=s ihnen mal nich !SO! gut ge geht wie sons  
101 innerlich merken sie dass dann der schmerz AUCH stärker ist?  
102 (3.70)  
103 P: **nee- (-)**  
104 **DES (wahrscheinlich) nich; (-)**  
105 **[kann ich nich Sagen;**  
106 T: [das (nich);  
107 hm=hm,

Da die Patientin auf die allgemeine Zusammenführung (Z. 85/86) nicht reagiert (Pause in Z. 87) fragt die Therapeutin direkt nach, ob sie ihren Schmerz auf Faktoren zurückführen kann, „die nich so vom Körper herkommen“ (Z. 88-90). Dies wird von der Patientin zunächst verneint (Z. 92). Als die Therapeutin daraufhin den mangelnden Schlaf noch einmal als ein Beispiel aufführt (Z. 94), in diesem Fall als explizites Beispiel für ein `innerliches` Phänomen, wird dieser von der Patientin jedoch als schmerzverändernder Faktor ratifiziert (Z. 95). Die Patientin nennt im Anschluss an ihre Zustimmung „Wetterveränderung“ als eine weitere schmerzverstärkende Komponente (Z. 94). Aufgrund des vorsichtig-umschreibenden Ausdrucks „Dinge, die nich so vom Körper herkommen“ stellt die Therapeutin der Patientin gewissermaßen eine `Hintertür` zur Verfügung: Die Patientin kann der Zusammenführung zustimmen und sogar ein Beispiel, die Wetterveränderung, nennen, ohne dabei auf psychische Belastungen bzw. innere Vorgänge rekurren zu müssen. Die Therapeutin lässt diese Antwort allerdings nicht auf sich beruhen, sondern fragt nach, ob die Patientin eine Korrelation von „innerlichen“ Belastungen und ihren Schmerzen feststellen kann (Z. 100/101). Dies wird von der Patientin nach einer relativ langen Pause verneint (Z. 103-105). Anders als in den nachfolgenden Beispielen liefert die Patientin keine weitere Begründung für ihre Ablehnung bzw. führt keine Evidenzen auf, die gegen einen in der Zusammenführung etablierten psychosomatischen Zusammenhang sprechen. Dies ist vermutlich auf die Fragen der Therapeutin zu-

rückzuführen, durch die der Behauptungscharakter der Zusammenführung herabgestuft wird und die letztgültige Autorität bei der Patientin verbleibt<sup>88</sup>.

In den folgenden Beispielen lehnen die Patienten die Zusammenführungen mit unterschiedlichen Begründungen ab bzw. liefern konkrete Evidenzen, mit denen sie gegen die von den Therapeuten vorgeschlagenen psychischen bzw. psychosozialen Ursachen ihrer Beschwerden argumentieren. Dabei wird jedoch nur in Beispiel (9) das psychosomatische Modell als solches abgelehnt. Die Ablehnungen in den Beispielen (7) und (8) funktionieren differenzierter. Die Patienten lehnen zwar die von den Therapeuten angebotenen konkreten Beschwerdeursachen ab, weisen aber nicht generell psychosomatische Zusammenhänge zurück.

In dem nachfolgenden Beispiel lehnt die Patientin die von der Therapeutin vorgeschlagene Beschwerdeursache (Ärger) ab, indem sie verschiedene emotionsunabhängige Situationen aufzählt, in denen ihre Beschwerden auftreten.

Vor Beginn des Ausschnitts hat die Patientin von Problemen mit einer Kollegin berichtet. Sie hat ihren Chef mehrfach darauf angesprochen, der allerdings signalisiert hat, dass er sich in dieser Angelegenheit nicht engagieren möchte. Die Therapeutin hat darauf hingewiesen, dass eine solche Situation ärgerlich machen kann, woraufhin die Patientin geäußert hat, dass sie den Konflikt inzwischen ignorieren kann, „wenn die Chefs es nicht wünschen“. Die Therapeutin hat daraufhin die Frage „Wie geht es Ihnen damit?“ gestellt. Die Patientin hat zwar konzidiert, dass sie sich schon Gedanken mache. Sie glaubt aber, dass sie es „langsam lernt“. Die Therapeutin hat nachgefragt: „Der Kopf oder der Bauch?“<sup>89</sup>, was die Patientin mit „der Kopf“ beantwortet hat. Daraufhin stellt die Therapeutin die Frage „und was sagt der Bauch dazu“, mit dem der folgende Ausschnitt beginnt.

#### (7)-(0108-3) „gut aber manchmal kommts au am Wochenende“ - *Bauchbeschwerden*

43 T: <<lachend> und was sacht der BAUCH dazu? ((lacht)),  
44 (-)  
45 P: der ÄRgert sich; ((lacht))  
46 T: <<triumphierend> JA>-  
47 (--)  
48 T: ist zu verMÜten>;  
49 ((lacht)) ist zu verMÜten ja;  
50 P: ((lacht))

<sup>88</sup> Im weiteren Verlauf kommt die Therapeutin allerdings erneut auf mögliche psychische bzw. psychosoziale Ursachen zu sprechen und konfrontiert die Patientin mit Zusammenführungen, die einen stärkeren Behauptungscharakter haben. Diese Zusammenführungen lehnt die Patientin entsprechend aufwändiger ab. Vgl. dazu Beispiel (11) in diesem Kapitel.

<sup>89</sup> Diese Frage zielt auf ein idiosynkratisches Verständnis der Patientin ab, die ihre Gefühle oftmals im Kopf verortet, und den Bauch als einen möglichen Sitz des Gefühls für sich nicht akzeptieren kann. Die Patientin leidet an Bauchbeschwerden, und die Therapeutin hat bereits mehrfach versucht, die Patientin dafür zu gewinnen, den Bauch als möglichen Ort ihrer Gefühle anzuerkennen (vgl. dazu Beispiele 4 bis 4d in Kapitel 7.1.2, in denen eine lange Aushandlung von Therapeutin und Patientin über die Lokalisation der Gefühle im Körper untersucht wurde).

51 (1.36)  
52 T: und der hat dann irgendwo n LOCH wo dann;; (---)  
53 die luft (--) zur FALSchen=s stelle raus[(kommt);=ne,  
54 P: [hm=hm,  
55 (3.44)  
56 T: öh::m (--) sie kamen ja h (--) hierHER?  
57 und ham gesacht (-) das is noch nicht richtig unterSUCHT?  
58 (-)  
59 ich hätt gern n KERNspin,=  
60 P: =hm=hm,  
61 T: äh um zu gucken ob da nich (-) was (--) orGA:nisches is;=  
62 P: =hm=hm-  
63 T: dass sie LEI:den is klar.=  
64 (dass [(mit=n SCHMERzen is auch klar);=[ne  
65 P: [ja- [hm,  
66 (---)  
67 T: äh: (-) hm (.) wie wie gehts ihnen da JETZ mit;=  
68 =nachDEM (du) da so:-  
69 P: bin ich eigentlich IMmer noch der meinung;=  
70 T: =IMmer noch der [meinung-  
71 P: [hm=hm,  
72 T: hm=HM?  
73 (1.50)  
74 T: öh:m (--) wir ham ja jetz (.) hm (.) so ma geguckt ob da  
75 zusammenhänge SEIN könnten;=[ja?  
76 P: [hm=hm,  
77 T: (wenn) ich so SAge- (---)  
78 der ÄRger- (---)  
79 und (-) da ist nurn loch nach INNen;  
80 P: hm=hm-  
81 (---)  
82 T: für den ÄRger [für die !LUFT! [rauszulassn;=[ja?  
83 P: [hm=hm- [hm=hm, [hm=hm,  
84 (---)  
85 T: öh: (-) das könnte ja AUCH n bild sein;=  
86 für die- (-) [<<pp> ( )>  
87 P: [gut aber manchmal kommts au am WOCHeend-  
88 wenn ich entSPANNT bin un; (.) eigentl über nix groß NACHdenk,=  
89 un dann [kommts also AUCH,=  
90 T: [ja,  
91 =dann kommts AUCH;  
93 [aHA,  
94 P: [also von DEM he:r-  
95 oder glei MORgens direkt nach em aufstehe dann merk  
96 ich schon n DRUCK im bauch wahnsinnig un(---)  
97 mundtrockeheit momentan exTREM; (---)  
98 T: is exTREM;  
99 P: hm=hm;  
100 T: [wie GEHT=s ihnen (---) <<leise>> ja;;  
101 P: [jetz heut GEHT=s einigerma:ße widder;  
102 T: wie gehts ihnen SONS so (.) KÖRper[lich?  
103 P: [SONSCHT, (-)  
104 P: joa; (---)  
105 T: [(sonst)-  
106 P: [de BAUCH halt drückt,  
107 T: der BAUCH;

Auf die Frage, was der Bauch zu den Auseinandersetzungen bzw. zu der Ignoranz des Chefs „sagt“ (Z. 43), antwortet die Patientin „der ärgert sich“ (Z. 45), woraufhin die Therapeutin ein triumphierendes „ja“ produziert (Z. 46). Der `Triumph` der Therapeutin lässt sich darauf zurückführen, dass die Patientin bisher den Bauch nicht als Ort ihrer Gefühle anerkannt hat, ob-

wohl die Therapeutin mehrfach und insistierend an einem solchen Modell gearbeitet hat (vgl. dazu Beispiel 4 – 4d in Kapitel 7.1.2). Die Therapeutin baut auf der Antwort der Patientin auf und bietet ein metaphorisch gefasstes psychosomatisches Modell an (Z. 52/53). Die Patientin reagiert darauf nur minimal (Z. 54), und es kommt zu einer längeren Pause (Z. 55), so dass die Therapeutin dazu übergeht, eine komplex vorbereitete Frage zu stellen (Z. 67/68). Diese Frage kann aufgrund der vorangegangenen Zusammenführung (Z. 52/53), der Einleitung (Z. 56-64) und dem elliptischen Verweis darauf, dass die bisherigen Untersuchungen kein Ergebnis erbracht haben (Z. 68) allerdings nicht als eine reine Informationsfrage interpretiert werden. Sie spielt zugleich auch auf die Wahrscheinlichkeit an, dass eine organische Erklärung der Beschwerden ausgeschlossen ist. Die Patientin ist „immer noch der Meinung“ (Z. 69), sie fordert also nach wie vor eine Kernspintomographie-Untersuchung ein, um möglicherweise doch eine organische Ursache ihrer Beschwerden zu finden. Da sie ihren Standpunkt jedoch nicht näher erläutert, verweist die Therapeutin wiederum auf mögliche psychosomatische Zusammenhänge (der Ärger, der durch ein Loch im Bauch entweicht, Z. 74-82), was die Patientin mit nur minimalen und eher ungeduldig produzierten Rückmeldesignalen quittiert (Z. 83). Da sie nicht weiter auf die Äußerung der Therapeutin eingeht (Pause in Z. 84), fordert diese eine Stellungnahme der Patientin ein (Z. 85/86). Sie wird allerdings von der Patientin unterbrochen, die, in einer der `ja aber´-Konstruktion parallel strukturierten `gut-aber´-Konstruktion, darauf hinweist, dass sie die Beschwerden auch am Wochenende hat, wenn sie entspannt ist „un über nix groß nachdenk“ (Z. 87/88). Die Patientin produziert zunächst eine unvollständige Conclusio („also von dem her“, Z. 94), die signalisiert, dass sie die Erklärung der Therapeutin für nicht valide hält und führt eine weitere Evidenz an, die gegen den Ärger als Auslöser für ihre Beschwerden spricht („oder glei morgens direkt nach em aufstehe“, Z. 95). Sie unterstützt ihren Einspruch mit einer Extremmarkierung („n Druck im Bauch *wahnsinnig*“, 96), die deutlich macht, dass die Beschwerden sehr stark sind, auch wenn sie sich in emotional neutralen Situationen befindet. In ihrer Ablehnung beruft sich die Patientin auf ihre eigene Lebenswelt und hält diese biographischen Informationen dem psychosomatischen Modell der Therapeutin entgegen. Die Therapeutin geht zunächst nicht weiter inhaltlich auf die Äußerungen der Patientin ein, sondern wiederholt zunächst zweimal Teile der Patientenäußerung (Z. 91,98). Sie geht dann dazu über, die Patientin danach zu fragen, wie es ihr „sons so“ körperlich geht (Z. 102), woraufhin die Patientin erklärt, dass ihr Bauch drückt (Z. 106). Im Anschluss fährt die Therapeutin (in einer hier nicht dargestellten Sequenz) damit fort, die Patientin mit weiteren psychosomatischen Erklärungen zu konfrontieren.

In dem folgenden Ausschnitt argumentiert die Patientin nicht mit Situationen, in denen ihre Beschwerden unabhängig von psychischen bzw. psychosozialen Faktoren auftreten, sondern sie hält der Zusammenführung der Therapeutin eine somatische Erklärung für ihre Beschwerden entgegen. Der folgende Ausschnitt wurde in Kapitel 7.1.3 bereits im Hinblick auf die Zusammenführung der Therapeutin analysiert (Beispiel (4)). Daher wird im Folgenden nur auf die Reaktion der Patientin auf die Zusammenführung eingegangen.

(8)- (0128-2) „au viel mit schneiden zu tun“ - *Kopfschmerzen*

03 T: hab des grad so überLEGT,  
04 wo sie so sagen mit KOPFschmerzen,  
05 DIENStags und DONnerstags meist,  
06 also ne?  
07 [(jetzt SO);  
08 P: [hm=hm;  
09 T: ob des-  
10 (1.2)  
11 ZEITlich im (.) zuSAMmenhang stehen könnte,  
12 dann wenn=es sozusagen in der wohnung auch ENG wird,  
13 wenn=es VOLL ist,  
14 wenn KINder da sind- (---)  
15 ob sie sowas wie äh: (.) in ihrem tagebuch auch FESTstelln  
16 könn,  
17 wenn sie SELber mal reinschaun, (--)  
18 <<len>ob die> (mi)GRÄne auch gehäuft kommt dann,  
19 eben wenn (.) eben praktisch ne stärkere belASTung,  
20 sprich einfach mehr (-- ) KINder da sind,  
21 P: hm=hm;  
22 T: wenn=es ENger wird,  
23 ne?  
24 weil dann IS mer ja,  
25 ne?  
26 mehr koordiNIERn,  
27 und weiß ich>-  
28 P: **nun äh: MONTags:- (---)**  
29 **denk ich kommt=es au (.) ziemlich VIEL ähm:- (-)**  
30 **also wenn=es na au am DIENschttag isch,**  
31 **montags schaff ich de ganze tag im GSCHÄFT,**  
32 T: [hm=hm;  
33 P: **[und hab .hh (-) au viel mit ma:-**  
34 **ich schaff in ner metzgerei,**  
35 **mit [SCHNEIden und so zu tun;**  
36 T: <<pp>[hm=hm hm=hm>;  
37 P: **des merk ich dann nachher AU;**  
38 T: hm=hm;  
39 merken sie das auch Eben,  
40 weil sie grad die beWE[gung so gemacht haben,  
41 P: [hm=hm;  
42 ja JA;  
43 [ja JA ;  
44 T: [merken sie des mus[kuLÄR?  
45 P: [hm=hm;  
46 T: wenn=es HOCHzieht?

Die Therapeutin hat in ihrer Zusammenführung einen möglichen Zusammenhang zwischen den Kopfschmerzen der Patientin und einer Belastung durch die Kinder hergestellt (Z. 03-27).

Die Patientin geht nicht explizit auf die Zusammenführung ein, sondern liefert eine alternative Erklärung für ihre Beschwerden. Sie führt eine somatische Begründung für ihre Beschwerden an: Sie arbeitet in einer Metzgerei und muss daher viel körperlich arbeiten (Z. 28-37). Obwohl sie montags arbeitet, spürt sie die Kopfschmerzen am Dienstag. Die Therapeutin geht zunächst auf diese Erklärung ein und stellt Informationsfragen, um den Zusammenhang der körperlichen Arbeit und den Kopfschmerzen weiter zu explorieren (39-46). Im weiteren Verlauf des Gesprächs zeigt sich allerdings, dass sie es nicht bei dieser Erklärung belässt, sondern weiter nach möglichen (psychosozialen) Ursachen der Beschwerden sucht

In dem nachfolgenden Beispiel lehnt die Patientin die Zusammenführung explizit mit dem Verweis auf eine somatische Kausalattribution ab. Anders als in den vorangegangenen Beispielen hält sie den von der Therapeutin angebotenen konkreten Beschwerdeursachen keine Kontraevidenzen bzw. keine konkrete somatische Erklärung entgegen. Sie greift vielmehr das gesamte von der Therapeutin angebotene psychosomatische Erklärungsmodell an und lehnt es, allerdings mit Einschränkungen, ab.

Die Interaktion vor der hier dargestellten Sequenz zeichnet sich durch eine lange und komplexe Aushandlung aus. Die Patientin hat ihre Ursachenvorstellungen ihrer Beschwerden erläutert und hat erklärt, dass sie ihre Beschwerden als Folge einer nervlichen Belastung ansieht. Sie erkennt psychosoziale Faktoren zwar als beschwerdeverstärkend an, vor einigen Jahren wurde bei ihr allerdings ein Hirnschaden festgestellt, den die Ärzte jetzt als irrelevant für ihre Beschwerden ansehen. Die Patientin fordert eine Kernspintomographie-Untersuchung ein, um ihren Hirnschaden zu überprüfen. Sie hat auch darauf aufmerksam gemacht, dass es ihr zuletzt sehr schlecht ging, als sie 24 Jahre alt war (zu dem Zeitpunkt der Aufnahme ist sie 47) und dass sie ihre Beschwerden nicht spürt, wenn es ihr psychisch gut geht. Daraufhin erklärt die Therapeutin zunächst, dass es darum geht, zu überprüfen, in welchen Situationen die Patientin ihre Beschwerden besonders spürt. Sie setzt einen Rückbezug ein, mit dem sie darauf verweist, dass die Patientin mit 24 Jahren ihre Großmutter verloren hat. Die Patientin erklärt, dass dies ein sehr schlimmes Erlebnis für sie war, woraufhin die Therapeutin einen weiteren Rückbezug einsetzt, mit dem das folgende Transkript beginnt.

(9) – (0080-2) „also vorher war ja auch schon was da“ - *Taubheitsgefühl und Schmerzen in der rechten Körperseite*

405 T: und und vor drei: vier jahren (.) ham sie diesen MANN auf ne art  
406 verloren;  
407 (---)  
408 P: ja,  
409 T: also ich will ihnen jetzt überhaupt [nix suggerIERen aber;  
410 P: [aber leider isch er noch DA;  
411 [(lacht))

412 T: [aber-  
413 ja aber aber aber als als POSitives;  
414 äh ä ä als als a alsn als was POSitives; ja,  
415 ging er ihnen verLOren;  
416 (.)  
417 P: ja (.) na[TÜRlich;  
418 T: [ja,  
419 (1.78)  
420 P: des beDAUer ich auch mh;  
421 T: ja,  
422 aber des heißt (doh) (.) da is einfach was pasSIERT,=  
423 =da ham sie was verLOren; ne,  
424 P: ja-  
425 (-)  
426 und meine TANTE isch vor zwei jahren gestorben;  
427 und da hab [ich AU was verloren;  
428 T: [hm=hm,  
429 (-)  
430 P: meinen BRUder hab ich zeitweise verloren;  
431 T: ja,  
432 P: den [hab ich jetzt WIEder,  
433 T: [also grad die LETZten jahre ja=a;  
434 (1.47)  
435 also ich will ihnen ja [ü: (.) ( ) EINFach nur etwas was;  
**436 P: [aber TROTZdem war ja vorher;**  
**437 also vorher war ja AUCh schon was [da.=**  
438 T: [ja,  
**439 P: =also ich MEIne- .h**  
**440 äh ich sträube mich gegen den gedanken dass des rein PSYchisch**  
**441 ist solange ich keine (.) also;**  
442 T: hm=hm,  
**443 P: ähp (.) weil ich meine dass es nicht !NUR! psychisch is;**  
**444 .h ich gebe ZU dass die psyche da ne große ROLle s[pielt;=**  
445 T: [hm=[hm,  
**446 P: =[aber ich**  
**447 glaube dass des AUCh ä (.) orGANisch ist;**  
448 T: ja-  
449 (1.37)  
450 T: frau BERgemann (.) des kann (-- ) DURCHaus sein; ne,  
451 (-)  
452 also ich will des überHAUPT nich jetzt äh als unMÖglichkeit  
453 hinstellen;  
454 (-)  
455 (-) worauf ICH hinaus möchte is ä (-- ) s es (.) war ja des was  
456 SIE gesagt haben;  
457 es KOMMT es könnte daher KOMmen, ja,  
458 von diesem vaskulären (-) [SCHAden (.) zum beispiel, ja,  
459 P: [ja-  
460 (---)  
461 T: is des EIne;  
461 un des ANdere is (-- ) wodurch (.) wirds verSTÄRKT; (-- ) ja,  
462 (-) un in welchen situationen kommt es besonders RAUS;  
463 P: hm=hm;  
464 T: (.) also in welcher psychischen verFASsung;  
465 P: hm=hm,  
466 T: des kann man ja durchaus TRENnen; ne?

Der Rückbezug der Therapeutin (Z. 405/406) bezieht sich auf den Chef der Patientin, zu dem diese früher ein vertrauensvolles Verhältnis hatte, das vor einigen Jahren allerdings zerbrochen ist. Interessant ist die Anmerkung der Therapeutin, dass sie der Patientin „nix suggerieren“ möchte (Z. 409), da sie damit, zumindest an der sprachlichen Oberfläche, den Geltungs-

anspruch bzw. den Behauptungscharakter der Zusammenführung einschränkt und der Patientin damit auch die Berechtigung ihrer eigenen Kausalattribution zugesteht. Die Patientin bestätigt, dass ihr Chef ihr „als was Positives“ verloren gegangen ist (Z. 417) und sie bedauert dies (Z. 420), was die Therapeutin dazu veranlasst, darauf hinzuweisen dass „da einfach was passiert“ ist (Z. 422); ohne dies explizit zu tun, macht sie der Patientin deutlich, dass es psychosoziale Belastungen in ihrem Leben gab, die sich möglicherweise auf ihre Beschwerden ausgewirkt haben bzw. immer noch auswirken. Die Patientin nennt weitere Menschen in ihrem Leben, die sie verloren hat (die Tante und den Bruder, Z. 426-430), was zunächst einmal als Bestätigung der Zusammenführung angesehen werden könnte. Die Therapeutin greift dies auf, weist darauf hin, dass diese Schicksalsschläge gerade in „den letzten Jahren“ (Z. 433) aufgetreten sind und geht dann dazu über, noch einmal darauf hinzuweisen, dass sie der Patientin nichts suggerieren oder unterstellen möchte (Z. 435). Sie wird allerdings von der Patientin unterbrochen, die deutlich macht, dass „vorher ja auch schon was da“ war (Z. 436/437), was darauf schließen lässt, dass die Beschwerden nicht durch die Verlusterfahrungen ausgelöst wurden. In ihrem nächsten Turn weist die Patientin eine psychische Ursache ihrer Beschwerden explizit zurück (Z. 440), schränkt dies dann in ihrer nachfolgenden Äußerung jedoch wieder ein, indem sie deutlich macht, dass sie nicht an eine *rein* psychologische Erklärung ihrer Beschwerden glaubt (Z. 443). Sie räumt einer psychischen Komponente ihrer Beschwerden zwar eine Berechtigung ein, ist aber dennoch der Ansicht, dass organische Faktoren ebenfalls eine Rolle spielen (Z. 444-447). Ihre Äußerung hat das Format eines Eingeständnisses: Die Patientin „gibt zu“, dass die Psyche „eine Rolle“ spielt. Die Therapeutin differenziert daraufhin ihre Zusammenführung. Sie weist zunächst erneut, in namentlicher Anrede der Patientin, darauf hin, dass sie den Einfluss einer organischen Ursache nicht als „Unmöglichkeit“ ansieht (Z. 450-453). Im Anschluss greift sie den vaskulären Schaden (Gefäßschaden) auf, den die Patientin zuvor als eine mögliche Ursache ihrer Beschwerden genannt hat und bestätigt ihn als einen möglichen Beschwerdegrund. Sie weist anschließend darauf hin, dass eine andere relevante Komponente die *Verstärkung* der Beschwerden durch die psychische Verfassung ist und dass Auslöser und verstärkende Faktoren durchaus voneinander getrennt werden können (Z. 455-466).

Anhand der beiden letzten Beispiele wird im Folgenden demonstriert, wie Patienten einen Rückbezug aus der Zusammenführung aufgreifen und ihn ablehnen bzw. differenzieren. In dem ersten der beiden folgenden Beispiele differenziert die Patientin die von der Therapeutin eingebrachte biographische Evidenz und wertet sie positiv um.

Vor der im Folgenden dargestellten Sequenz hat die Patientin den Wunsch geäußert, eine Computertomographie durchführen zu lassen. Die Therapeutin hat gefragt, was die Patientin von einer solchen Untersuchung erwartet. Die Patientin hat einen Knoten in der Unterleibs-/Magengegend vermutet, woraufhin die Therapeutin darauf hingewiesen hat, dass bereits eine Magenspiegelung durchgeführt wurde. Die Patientin hat dem entgegengehalten, dass die Magenspiegelung bereits längere Zeit zurückliegt und damals auch nur aufgrund von Blähungen durchgeführt wurde, die längst nicht so stark gewesen seien wie ihre aktuellen Beschwerden. Im Anschluss hat die Therapeutin gefragt, wie es der Patientin momentan geht, was die Patientin mit „gehts wieder“ beantwortet hat. Mit dem darauf folgenden Turn der Therapeutin beginnt die nachfolgende Sequenz.

(10)-(0108-4) „einerseits zwar belaschbar“ - *Bauchbeschwerden*

53 T: also jetzt ist ja doch (-) viel (-) unterSUCHT word[en, (-)  
54 P: [hm=hm,  
55 T: jetzt ist (.) die beschwerde BESser nach dem ziehen der spirale==  
56 =sie sa:gen öh (.) wenn gespräche sind (.) mit dem CHEF-  
57 (die ja beLAsTen),  
58 dann:: (-- ) zieht sich der (.) bauch wieder (so)zuSAMmen,  
59 P: hm=hm, (-)  
60 hm=hm;  
61 T: ja=a,  
62 P: ja-  
63 (--)  
64 T: so des so zusammenhänge schon: (.) DEUTlich werden? (--)  
65 äh::-  
66 [un (.) un (.) un TROTZdem, (--)  
67 P: [schon AU dass es von der psyche (bissel);  
68 T: kommt so der gedanke ach aber (-) ich muss das nochmal abklären  
69 mit comPUtertogramm;  
70 (.)  
71 P: ja aber ebe erscht wenn: wenn jetzt (noch) zeit verSTRIChe isch;  
72 T: [hm=hm,  
73 P: [man das GAR nit sich-  
74 T: nich BESsert;  
75 ja=a,  
76 nu is ja der (-- ) der streit am ARbeitsplatz noch nich,  
77 und ihr freund (-- ) hat ihn: noch keinen HEIratsantrag <<lachend>  
78 gemacht>;  
79 =[si(h)nd sie sich> in BEIDen (-) punkten da noch nicht klar;  
80 P: [JA (aber)- (-- ) ((räuspert sich))  
81 T: (sind) [( );  
82 P: [also der streit am ARbeitsplatz isch eigentlich für mich  
83 (1.65) einerseits zwar beLASCHbar,  
84 aber durch die viele kunde die mich s:o GERN habe,  
85 T: [ja,  
86 P: [un mirs au SAge,  
87 T: [ja;  
88 P: [un; (-- )  
89 grad wenn sie jetzt montag dienschttag geSCHAFFT hat,  
90 un=ich schaff dann de MITTwoch-  
91 dann komme alle rein un .hhh .hhhh  
92 GOTT sei dank michaEla isch wieder da==  
93 so und so alle so STRAHle auf <<lachend> einmal>,  
94 T: [hm=hm,

95 P: [ne, (-)  
 96 und des: (.) geht dann runter wie ÖL;  
 97 des- (---)  
 98 T: des tut GUT;=  
 99 =[hm=hm,  
 100 P: =[ja.  
 101 SEHR gut; ((lacht))=  
 102 T: =JA des (stimmt) des kann ich mir VORstellen dass das guttut; h.  
 103 trotzdem is ja immer noch dieses persoNALgespräch-  
 104 [(ja:) (-) (der)-  
 105 P: [ja da hab ich scho ANGSCHT devor;=  
 106 T: [(und);  
 107 P: =[weil se eben (.) gesagt hat s nimmt sie halt nix AN, (---)  
 108 un: (.) ich denk halt nit dass sie dann (.) DA was annimmt;  
 109 T: hm=hm;  
 110 P: <<p> also das kann ich mir nit VORstellen>-  
 111 T: hm=hm-  
 112 wie könnte das AUSgehn,=  
 113 =wie wie: (.) geht das so WEIter?

Die Therapeutin deutet einleitend zunächst an, dass die bisherigen Untersuchungen keine die Beschwerden erklärenden Befunde erbracht haben. Anschließend verweist sie darauf, dass sich die Beschwerden nach dem Entfernen der Hormonspirale verbessert haben<sup>90</sup>. Sie weist zunächst explizit darauf hin, dass die Patientin selber einen Zusammenhang von Belastung (Gespräche mit dem Chef) und einer körperlichen Reaktion darauf (Zusammenziehen des Bauches) festgestellt hat (Z. 56-58) und weist, nach minimal zustimmenden Hörersignalen der Patientin (Z. 59/60, 62), darauf hin, dass „so Zusammenhänge schon deutlich werden“ (Z. 64). In Überlappung mit der Therapeutin setzt die Patientin zu einer Äußerung an („schon au dass es von der Psyche“, Z. 68). Es wird allerdings nicht deutlich, ob sie mit ihrer Äußerung die Zusammenführung der Therapeutin bestätigt oder ob sie eine Explizierung der relativ vagen Formulierung der Therapeutin (Z. 64) einfordert.

Auf die Äußerung der Therapeutin (Z. 66-69), die insofern als Vorwurfssequenz interpretiert werden kann, als die Patientin trotz Hinweisen auf psychosomatische Zusammenhänge auf einer somatischen Untersuchung besteht, reagiert die Patientin mit einer Rechtfertigung: Sie besteht nicht sofort auf einer Untersuchung, aber möchte diese Untersuchung durchführen lassen, falls sich ihre Beschwerden nicht bessern (Z. 71/73). Daraufhin führt die Therapeutin zwei weitere biographische Evidenzen für aktuelle Belastungen der Patientin an: den Streit am Arbeitsplatz und die Tatsache, dass der Freund der Patientin ihr noch keinen Heiratsantrag gemacht hat<sup>91</sup> (Z. 76/77). Die Patientin greift den Rückbezug „Arbeitsplatz“ und interessan-

<sup>90</sup> Worauf die Therapeutin mit diesem Hinweis abzielt, wird in diesem Zusammenhang nicht ersichtlich. In einer vorangegangenen Sequenz hat die Therapeutin implizit darauf hingewiesen, dass es der Patientin nach dem Ziehen der Spirale deshalb besser gehen könnte, da sie jetzt die Möglichkeit hat, Kinder zu bekommen (die Patientin hat in einem vorherigen Gespräch von ihrem, allerdings nicht aktuellen, Kinderwunsch gesprochen).

<sup>91</sup> Die Patientin hat Probleme am Arbeitsplatz (Bäckerei), da eine ihrer Kolleginnen sehr unhygienisch ist, was die Patientin dazu veranlasst hat, ein Gespräch mit ihr und dem gemeinsamen Chef zu initiieren. Der Rückbezug

terweise nicht den letztgenannten Punkt „Heiratsantrag“ auf (in der Regel werden die letztgenannten Aspekte aufgegriffen, vgl. Peräkylä 2005). Sie stimmt dem Rückbezug zunächst mit einem divergenzprojizierenden „einerseits“ zu (Z. 83/84). Anschließend differenziert sie diese Einschätzung, indem sie das Positive an ihrer Arbeit hervorhebt (Z. 85-97). Die Patientin erzählt, dass sich alle Kunden freuen, wenn sie und nicht ihre Kollegin arbeitet (Z. 90). Sie beschreibt diese Situation nicht nur, sondern führt sie regelrecht auf. Hierzu animiert sie die Äußerungen ihrer Kunden und stilisiert sie prosodisch. Über diese Stilisierung nimmt sie eine positive Bewertung vor (vgl. Günthner 1999) und unterstreicht die positive Valenz ihrer Arbeit. Durch das Heranziehen der Kunden als ‚Zeugen‘ und durch die Animation ihrer Stimmen liefert die Patientin einen soliden faktischen ‚account‘ ihrer Beschreibung (vgl. Potter 1996: 158 f.). Ein solches Vorgehen, das Sprecher einsetzen „[to] warrant the factual status of claims and undermine the possibility of sceptical responses“, wird auch als ‚active-voicing‘ bezeichnet (Wooffitt 1992: 225 f.). Die Patientin setzt gezielt ihre epistemische Autorität ein, um den Rückbezug der Therapeutin zu differenzieren und ihn positiv umzuwerten. Sie bewertet ihre Erzählung abschließend explizit („und des geht dann runter wie Öl“, Z. 96) und unterstreicht damit erneut den positiven Wert ihrer Arbeit. Die Therapeutin bewertet und ratifiziert zunächst die Erzählung (Z. 98/102), kehrt dann aber zurück zu ihrem ursprünglichen Rückbezug (Personalgespräch, Z. 103) und verweist darauf, dass dieses Gespräch „trotzdem“ ansteht. Die Patientin konzediert, dass sie Angst vor dem Gespräch hat (Z. 105), verlagert den Fokus dann aber von der Angst zu einer eher rational ausgerichteten Erzählung (Z. 107/108, 110). Die Therapeutin greift dies auf und fragt danach, wie dieses Gespräch ausgehen könnte bzw. wie es „weitergeht“ (Z. 113). Die eigentliche Zusammenführung ist damit zunächst einmal suspendiert. Die Patientin hat dem psychosomatischen Erklärungsmodell nicht zugestimmt, sondern die Zusammenführung bzw. einen Rückbezug daraus modifiziert und differenziert. Auch in dem nachfolgenden letzten Beispiel greift die Patientin einen Rückbezug aus der Zusammenführung auf. Sie wertet ihn allerdings nicht nur positiv um, sondern weitet ihre Ablehnung aus und weist damit nicht nur die biographische Evidenz, sondern letztendlich die gesamte Zusammenführung zurück. In der Analyse wird auch die Reaktion der Therapeutin auf diese Zurückweisung berücksichtigt<sup>92</sup>. Da auch diese Zusammenführung bereits in Kapitel 7.1.3 analysiert wurde (Beispiel 8)), wird sie hier nur verkürzt dargestellt.

---

„Ihr Freund hat ihnen noch keinen Heiratsantrag gemacht“, zielt darauf ab, dass es der Lebenswunsch der Patientin ist, ihren Freund zu heiraten, der sich allerdings weigert.

<sup>92</sup> In den hier untersuchten Gesprächen wird das psychosomatische Krankheitsverständnis im Anschluss an Zusammenführungen oftmals weiter bearbeitet. In Kapitel 7.3 werden daher exemplarisch zwei Interaktionsverläufe im Anschluss an psychosomatische Zusammenführungen dargestellt.

(11)-(0023-3) "und dann ich des nich so" - *Kopf- und Gelenkschmerzen, Bauchbeschwerden*

107 T: und äh WIE würden sie denn so diesen zusammenhang zwischen h.  
108 KÖRper und SEEle (.) bei ihnen (.) sehen;  
109 (-)  
110 also sie=sagen wenn=s ihnen (.) KÖRperlich schlecht geht dann h.  
111 öh: hat das auswirkungen [auf die SEEle is ja klar;=  
112 P: [ja-  
113 T: =aber wie kann denn die SEEle auf den KÖRper wie h. (-) wie (--)  
114 WIRKT die;  
115 (--)  
116 s (-- so das SEELische befinden der schlechte SCHLAF h. (-) oder  
117 auch ähm h. hm:: so vom ÄÜßeren her anspannung-  
118 wenn h. (-) äh=äh sich FREUNDe zurückziehen weil (.) sie sachten  
119 ja die ham gemerkt ihnen GEHT=s nich so gut un dann ham die sich  
120 zuRÜCKgezogen=-  
121 =das tut ja AUCH weh;  
122 (--)  
123 h. (-) und dann spannten spannen sich viele menschen auch so AN?=  
124 ja,=  
125 =einfach aus h. aus FRUST oder (.) hm::: schlägt einem auf=n magen  
126 oder das ist mir auf die NIEren gegangen- (---)  
127 SAGT man ja-  
128 P: <<p>hm=hm>-  
129 (--)  
130 T: ähm (-- dass so ne anspannung auch (.) die schmerzen (-) die DA  
131 sind verSTÄRken kann;  
132 h. können=se=sich das VORstellen dass auch h. die seele auf den  
133 (.) KÖRper (.) [wirkt-  
134 P: [ja (.) naTÜRlich-  
135 (--)  
136 T: also (-) WÜRden [sie sich das auch bei SICH vorstellen-  
137 P: [kann SCHON sein;  
138 (--)  
139 P: mh-  
140 (1.57)  
141 P: WIRD wohl so sein,  
142 aber e nich dass ich jetzt sagen könnte so beWÜBT; (.)  
143 weil ich wurde GLEICH (-) ich hab halt (.) des  
144 versucht zu akzeptIERen,  
145 zu sagen oKAY [(-) die !HAM!n problem es wär schön gewesen man  
146 T: [ja,  
147 P: hätte drüber geREdet,  
148 (---)  
149 P: aber es ISCH halt so;=  
150 =aber ich hab dafür SO viele andere neue (.) freunde äh  
151 ge!WON!n[en?  
152 T: [ja: des is (.) des is wieder dieses (.) diese KRAFT die  
153 sie haben das [!PO!sitiv gleich [zu denken?  
154 P: [ja [ja und dann dann isch des nich so  
155 dass ich dann sagen konnt oh ((klatscht in die hände)) da hab ich  
156 jetzt sone a (.) son: !RÜCK!fall gehabt;=  
157 =[oder beziehungsweise mir gings !SO! schlecht des könnt ich  
158 T: [ja:,  
159 P: dann nich [Sagen,  
160 T: [ja,  
161 P: sondern ich versuch dann immer irgendwie wieder GLEICH (-)  
162 ((schnalzt mit den Fingern)) (---)  
163 T: ja:,  
164 (.)  
165 P: und deswegen könnt ich dann !NICH! sagen;=  
166 =oder manche verfallen vielleicht in ((klatscht in die  
167 Hände)) depresSIONen;=  
168 =oder (-- in in (.) des des HAB ich noch nich;=  
169 =also des hab ich noch nie so: (-) ge[HABT;

170 T: [ja[:,  
171 P: [ich hab halt irgendwie  
172 **IMmer (.) w gesucht wie gehts !WEI!ter [irgendwie;**  
173 T: [hm=hm,  
174 (--)  
175 T: des is ja auch ne !KRAFT! des [is wirklich ne kraft die sehr (.)  
176 P: [ja-  
177 T: WERTvoll auch is,  
178 manche oder v: (.) VIEle menschen (-) gehen dann (.) über (.) GANZ  
179 wichtige gefühle bei sich selber auch hinWEG-  
180 (1.90)  
181 T: also so wie sie sagen ich will (-) ich will eben: ganz norMAL sein  
182 OHne (.) beschwerden ohne ( ) also v (-) vor anderen menschen-  
183 h. (.) dann äh (1.15) gehn sie ja auch über ihre körperlichen  
184 beschwerden oft hinWEG,  
185 (2.90)  
186 beim ZEItungsaustragen denk ich wenn da schmerzen sind dann gehen  
187 sie über die schmerzen weg und sagen (--) die kann ich jetzt nicht  
188 gebRAUchen h. un die schieb ich jetz WEG-  
189 (-)  
190 T: die [!LAS!sen sich nich so leicht-  
191 P: [NEE (.) ich sag halt die sin DA [okee (-) [aber ich kann=s  
192 T: [ja- [hm=hm, [hm=hm,  
193 P: erTRAGEN-  
194 un: [(-) die sin jetz halt DA und <<lachend> beGLEIten mich halt>  
195 T: [ja=a,  
196 P: [un ich kann nicht vor ihnen WEGlau[fen-  
197 T: [ja, [hm=hm,  
198 (1.60)  
199 T: <<p> äh> können sie sich vorstellen dass es auch menschen gibt die  
200 dann (-) über ganz wichtige gefühle bei sich hinWEGgehn;  
201 (--)  
202 die also wenn (.) wenn sie TRAUrig sind oder wenn sie h. äh  
203 entTÄUSCHT sind (--) dann sagen (.) 'hm'hm (.) das will ich jetz  
204 nich und ich guck jetz nach VORne und h. äh:-  
205 P: [ja das denk ich dass das SCHON die h. dann auch gar nicht darüber  
206 T: [ja-  
207 P: REden die sind dann verSCHLOSsen und die schlucken dann alles-  
208 (1.15)  
209 u:nd des denk ich schon aber eben ich kann (.) halt dadrüber  
210 RE[den-  
211 T: [hm=hm,

Da die Patientin zunächst nicht auf ihre Frage nach psychosomatischen Zusammenhängen reagiert (Z.113/114), baut die Therapeutin ihre Zusammenführung schrittweise aus: Sie weist zunächst auf den schlechten Schlaf der Patientin als ein mögliches Indiz für eine seelische Belastung hin (Z. 116) und führt dann mit dem Zurückziehen der Freunde einen konkreten Grund für eine „äußere Anspannung“ an (Z. 118-120). Da die Patientin darauf nicht reagiert (Pause in Z. 122) verallgemeinert die Therapeutin ihre Zusammenführung: Sie verweist darauf, dass sich „viele Menschen“ in solchen Situationen anspannen (Z. 123) und nennt anschließend Sprichwörter, die allgemein auf psychosomatische Zusammenhänge abheben (Z. 125/126). Da die Patientin darauf nur minimal reagiert (Z. 128), benennt die Therapeutin Anspannung explizit als einen schmerzverstärkenden Faktor und fragt die Patientin, ob sie sich vorstellen kann, „dass auch die Seele auf den Körper wirkt“ (Z. 132/133). Die Patientin bejaht

dies (Z. 134), geht aber nicht näher auf ihre eigenen Beschwerden ein. Daraufhin fragt die Therapeutin spezifischer nach, ob die Patientin sich einen solchen Zusammenhang auch für ihre eigenen Beschwerden „vorstellen“ kann (Z. 136). Dieser Frage stimmt die Patientin zurückhaltend zu (Z. 137). Nach längeren Pausen (Z. 138, 140) stuft sie ihre Antwort zunächst hoch („wird wohl so sein“, Z. 141), schränkt sie dann ein und weist darauf hin, dass sie diesen Zusammenhang nicht „bewusst“ herstellen kann (Z. 142). Sie begründet diese Einschränkung damit, dass sie versucht hat, den Rückzug ihrer Freunde zu akzeptieren, auch wenn sie es „schön“ gefunden hätte, darüber zu sprechen (Z. 143-147). Im Anschluss macht sie allerdings deutlich, dass sie durch den Verlust der alten Freunde neue Freunde gewonnen hat. Dadurch wird die durch den Verlust der Freunde hervor gerufene Belastung positiv umgewertet. Die schrittweise Organisation der Patientenreaktion lohnt eine nähere Betrachtung: Anders als in den anderen hier dargestellten Zusammenführungen etabliert die Therapeutin einen ganz grundsätzlichen Zusammenhang von Seele und Körper und fordert die Patientin explizit auf, dazu Stellung zu nehmen. Damit bringt sie die Patientin in ein Dilemma: Die Wirkung der Seele auf den Körper ist ein Allgemeinplatz. Die grundsätzliche Ablehnung eines solchen Zusammenhangs ist daher problematisch. Die Patientin löst dieses Dilemma, indem sie zunächst eine psychische Belastung als schmerzverstärkende Komponente anerkennt, sich dann darauf beruft, einen psychosomatischen Zusammenhang nicht „bewusst“ herstellen zu können und im Anschluss daran den von der Therapeutin (allerdings in einem weiter zurückliegenden Turn) als Belastungsevidenz eingebrachten Rückbezug differenziert und positiv umwertet. So kann sie einem generellen psychosomatischen Zusammenhang zustimmen ohne die konkrete Zusammenführung ratifizieren zu müssen. Die Therapeutin wirft der Patientin ihre positiv-optimistische Haltung beinahe vor (Z. 152/153). Die Patientin geht nicht direkt auf den Redebeitrag der Therapeutin ein, sondern weist in ihren nachfolgenden Äußerungen die Zusammenführung weiterhin aufwändig zurück: Sie lehnt zunächst noch einmal explizit den Rückzug der Freunde als belastenden Faktor ab (Z. 154-159) und bezieht sich anschließend auf ihre positive Coping-Strategie (Z. 161/162). Anhand der Daten kann leider nicht entschieden werden, ob die Patientin ihren Turn abbricht oder ob sie ihre positive Denkweise mit einem Fingerschnalzen lautmalersich illustriert. Da die Therapeutin ihr weiterhin das Rederecht zugeht (Pause in Z. 164), formuliert sie zunächst eine unvollständige Conclusio, die ihre ablehnende Haltung betont (Z. 165). In ihrem Folgeturn generalisiert sie ihre Aussage: Sie erklärt, dass sie noch „nie“ Depressionen hatte, sondern „immer“ versucht hat, nach Auswegen zu suchen (Z. 169, 171/172). Damit disqualifiziert sie nicht nur die biographische Evidenz (den Rückzug der Freunde) als belastende Komponente, sondern lehnt generell, wenn auch impli-

zit, einen Zusammenhang von psychosozialen Belastungen und ihren Schmerzen ab. Die Therapeutin bewertet diese „Kraft“ der Patientin zunächst als „wertvoll“ (Z. 175-177). Anschließend weist sie allerdings indirekt darauf hin, dass eine solche Kraft auch problematisch sein kann, da sie ein „Hinweggehen“ über wesentliche Gefühle beinhalten kann (Z. 178/179). Sie adressiert die Patientin nicht direkt, sondern spricht allgemein von „vielen Menschen“, die über ihre Gefühle hinweggehen. Da die Patientin auf diese Äußerung nicht reagiert, bezieht sich die Therapeutin direkt auf die Patientin. Sie verändert ihre Argumentation jedoch dahingehend, dass sie sich nicht mehr auf das Hinweggehen über die Gefühle, sondern auf das Hinweggehen über körperliche Beschwerden bezieht (Z. 181-184). Da die Patientin sich dazu ebenfalls nicht äußert, nennt die Therapeutin mit dem Zeitungsaustragen eine konkrete Situation, in der die Patientin ihre Schmerzen „wegschiebt“ (Z. 186-188). Die Patientin reagiert darauf zunächst wieder nicht (Pause in Z. 189). Als die Therapeutin zu einem weiteren Redebeitrag ansetzt, widerspricht die Patientin ihr und weist darauf hin, dass sie ihre Schmerzen nicht verdrängt, sondern dass sie sie anerkennt („die sind da“, Z. 191, 194) und eben gerade nicht vor ihnen „weglaufen“ kann (Z. 196). Auch diesen Einwand lässt die Therapeutin nicht gelten. Sie fragt die Patientin, ob sie sich vorstellen könne, „dass es Menschen gibt, die über ganz wichtige Gefühle bei sich hinweggehen“ (Z.199/200). Mit der Frage richtet sie den Fokus wie zuvor auf die Gefühle und bezieht sich erneut auf eine allgemein-abstrakte Ebene. Durch den Bezug auf diese allgemeine Ebene wird eine direkte Kategorisierung der Patientin vermieden. Die Frage ist allerdings insofern problematisch, da sie aufgrund der allgemeinen Aussage eine Zustimmung stark projiziert und die Patientin damit wiederum in ein Dilemma bringt: Lehnt sie die Frage ab, lehnt sie generell die Möglichkeit bzw. Tatsache ab, dass es Menschen gibt, die über ihre Gefühle hinweggehen. Stimmt sie der Frage zu, stimmt sie damit zugleich implizit der Möglichkeit zu, dass auch sie ihre Gefühle vernachlässigt. Die Patientin beantwortet die Frage zunächst nicht (Pause in Z: 201). Nach einer konkreteren Ausführung der Therapeutin (Z.202-204) bestätigt sie die Frage allerdings und elaboriert ihre Antwort mit dem Verweis darauf, dass Menschen, die über ihre Gefühle hinweggehen „verschlossen“ sind und „alles schlucken“ (Z. 205, 207). Nach einer Pause (Z. 208) bestätigt sie die Frage zunächst erneut, lehnt dann aber eine solche Verhaltensweise für sich persönlich explizit ab („aber eben ich kann halt dadrüber reden“, Z. 209/210). In einer hier nicht mehr dargestellten Sequenz fährt die Patientin damit fort, ihren Umgang mit Belastungssituationen zu schildern, und sie weist mehrfach darauf hin, dass es Menschen in ihrer Umgebung gibt, die sie in schwierigen Zeiten unterstützen.

Die Ablehnung der Patientin ist relativ komplex organisiert: Provoziert durch die Frage der Therapeutin bestätigt die Patientin zunächst, dass ihre „Seele auf den Körper wirkt“. Sie weist anschließend jedoch darauf hin, dass sie diese psychosomatischen Zusammenhänge nicht „bewusst“ wahrnimmt und greift dann einen von der Therapeutin als Belastungsevidenz eingebrachten Rückbezug auf und wertet ihn positiv um. Darauf aufbauend generalisiert sie ihre Aussage und lehnt damit letztendlich die gesamte Zusammenführung ab.

### *Zusammenfassung der Ergebnisse*

In den obigen Analysen wurden unterschiedliche Reaktionen auf psychosomatische Zusammenführungen dargestellt. Wie in der Einleitung bereits erwähnt wurde, enthalten Zusammenführungen zwei Dimensionen, die die Patienten ratifizieren bzw. zurückweisen können: Zum einen wird ein psychosomatisches Modell angeboten, zum anderen werden die Beschwerden durch den Einsatz von biographischen Evidenzen oder durch die Bezugnahme auf konkrete Symptome in Verbindung zu der Lebenswelt der Patienten gebracht. Psychosomatische Zusammenführungen können daher als B-event-statements verstanden werden, die Aussagen über Sachverhalte treffen, zu denen die Rezipienten einen primären Zugang haben (vgl. Labov/Fanshel 1977: 100). Ganz generell können Rezipienten B-event-statements zustimmen oder sie ablehnen (vgl. Heritage/Roth 1995: 10). B-event-statements machen allerdings nicht nur einfache Ratifizierungen bzw. Zurückweisungen relevant, sondern fordern die Rezipienten auch dazu auf, ihre eigene Perspektive einzubringen (vgl. Vehviläinen 2005: 5).

In den hier untersuchten Daten zeigt sich, dass die Patienten psychosomatische Zusammenführungen tatsächlich oft nicht nur minimal ratifizieren bzw. zurückweisen (anhand der Beispiele (1) und (2) wurden solche einfachen Zustimmungen gezeigt, in Beispiel (6) wurde eine einfache Ablehnung demonstriert). In vielen Fällen setzen die Patienten ihre eigenen Erfahrungen und Sichtweisen relevant und liefern damit auch konkrete, in ihrer Lebenswirklichkeit verankerte, Begründungen für ihre (zustimmenden und ablehnenden) Antworten. So stimmt z.B. die Patientin in Beispiel (4) der Therapeutin, die Angst als möglichen Anspannungsgrund nennt, zu und führt diese biographische Evidenz mit einer konkreten Erzählung fort. Die Patientin in Beispiel (7) lehnt die Zusammenführung ab, indem sie verschiedene konkrete Situationen aufzählt, in denen ihre Beschwerden unabhängig von dem von der Therapeutin als Beschwerdeursache angebotenen Ärger auftreten.

Wie sich in den Analysen gezeigt hat, ist eine Zuordnung der Patientenreaktionen nach Zustimmung oder Ablehnung des zugrunde liegenden psychosomatischen Erklärungsmodells nicht immer möglich. Patienten stimmen den Erklärungsmodellen zum Teil zwar durchaus

explizit zu (vgl. die Beispiele (1) und (2)) bzw. weisen ein solches Modell explizit zurück (vgl. Beispiel (9)). Patienten können aber auch eigene biographische Evidenzen für Belastungssituationen liefern, ohne damit Stellung zu der psychosomatischen Erklärung als solcher zu beziehen (vgl. Beispiel (3)). Auch können sie durch das Anführen von Kontraevidenzen bzw. eigenen Erklärungen die von den Therapeuten angebotenen Beschwerdeursachen ablehnen, ohne dass ihre Reaktionen einen Schluss darüber zulassen, ob sie generell eine psychosomatische Erklärung für ihre Beschwerden zurückweisen (vgl. Beispiele (7) und (8)).

Das durch den Einsatz von Rückbezügen (biographischen Evidenzen) realisierte `multi-unit`-Design kann insofern problematisch sein, als es von dem psychosomatischen Krankheitsmodell `ablenken` kann (vgl. Peräkylä 2005: 174): Patienten können biographische Evidenzen (sowohl zustimmend als auch ablehnend) aufgreifen und weiterentwickeln (vgl. Beispiele (4), (5), (10)). Dadurch kann die Erarbeitung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses zunächst einmal suspendiert werden bzw. kann sich der interaktionelle Aufwand der Therapeuten, das psychosomatische Modell weiter zu bearbeiten, erhöhen. Allerdings liefern die Patienten so oft neue und auch differenziertere Informationen im Hinblick auf ihre Lebenswirklichkeit und ihre Einstellungen zu ihren Beschwerden. Die Therapeuten erhalten dadurch also auch Ressourcen, die sie für die weitere Arbeit mit den Patienten nutzen können. Gleiches gilt auch für das Einbringen von nicht durch Rückbezüge ausgelösten Lebenswelt-Informationen.

Anhand des letzten Beispiels wurde gezeigt, dass Therapeuten Zurückweisungen ihrer Erklärungen nicht immer gelten lassen. Zum Teil konfrontieren sie die Patienten mit weiteren Erklärungen und setzen so ihre Arbeit an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis fort. Wie sich eine solche Erarbeitung weiter entwickeln kann, wird in dem folgenden Kapitel exemplarisch an zwei Beispielen demonstriert.

### 7.3 Die weitere Entwicklung der Erarbeitung des Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Zusammenführungen: Zwei exemplarische Analysen

In den vorangegangenen Teilkapiteln wurden die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren und die Reaktionen der Patienten auf psychosomatische Zusammenführungen eher isoliert dargestellt, um die übergreifenden Gemeinsamkeiten bzw. auch Unterschiede systematisch herausarbeiten zu können. Die Verfahren werden allerdings in den meisten Fällen weder als Paarsequenzen noch als „three-part sequence“ (vgl. Buttny 1996) realisiert bzw. bearbeitet, sondern werden interaktiv weiter bearbeitet und ausgehandelt (vgl. Kindt 1984;

Vehviläinen 2008). In den hier untersuchten Gesprächen zeigt sich (und dies wurde zum Teil bereits in den vorangegangenen Teilkapiteln herausgearbeitet), dass die Therapeuten teilweise gerade dann sehr systematisch und insistierend weiter an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis arbeiten, wenn die Patienten die von den Therapeuten etablierten psychosomatischen Zusammenhängen anzweifeln oder zurückweisen.

In diesem Teilkapitel werden exemplarisch zwei längere Sequenzen analysiert, die zeigen, wie sich die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Zusammenführungen weiter entwickelt. Anders als in Kapitel 7.1.2 (Beispiele (4) bis (4d)), in dem gezeigt wurde, wie die Therapeutin immer wieder Variationen der gleichen Lokalisierungsfrage einsetzt, um die Patientin dazu zu bewegen, einen Zusammenhang zwischen ihren Gefühlen und ihren Bauchbeschwerden anzuerkennen, geht es in diesem Kapitel darum, Bearbeitungen von Zusammenführungen zu demonstrieren, die auch darüber hinausgehende Verfahren und Vorgehensweisen beinhalten und die eben gerade nicht durch die Wiederholung eines einzelnen Verfahrens geprägt sind.

Zuerst wird eine Sequenz vorgestellt (Beispiel 1), in der sich die Patientin durchaus offen für psychosomatische Zusammenhänge zeigt, auch wenn sie nicht immer die von der Therapeutin angebotenen Zusammenhänge nachempfinden kann. Beispiel (2) wurde ausgewählt, da daran eindrücklich gezeigt werden kann, wie systematisch die Therapeutin an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis arbeitet, obwohl die Patienten eine psychosomatische Erklärung ihrer Beschwerden zurückweist.

Der erste hier dargestellte Abschnitt (1) wurde bereits als Beispiel (10) in Kapitel 7.1.3 analysiert. Er wird hier daher nicht mehr kommentiert und nur zur besseren Nachvollziehbarkeit aufgeführt.

Zu Beginn der Sequenz realisiert die Therapeutin eine Zusammenführung (Anspannung verursacht Wirbelblockade) und exploriert daran anschließend zusammen mit der Patientin mögliche Gründe für eine Anspannung. Auf dieser Grundlage realisiert sie eine erweiterte Zusammenführung und empfiehlt der Patientin, ihr Verhalten in alltäglichen Situationen zu beobachten. Im Anschluss fragt sie die Patientin danach, ob diese selber den zuvor etablierten psychosomatischen Zusammenhang auf ihre Schmerzen beziehen kann. Da die Patientin keinen eindeutigen Zusammenhang feststellen kann, empfiehlt die Therapeutin ihr erneut, ihr eigenes Erleben zu beobachten. Abschließend nimmt sie einen 'Schmerzabgleich' vor, um herauszufinden, wie sich die Beschwerden der Patientin im Gesprächsverlauf entwickelt haben. Auffällig an dieser Sequenz sind die Fragen der Therapeutin, die oft auch einen Behauptungscharakter haben und die das zugrunde liegende Konzept der Therapeutin transparent machen.

Das Transkript wurde zur besseren Nachvollziehbarkeit der Analysen in neun kleinere Abschnitte unterteilt<sup>93</sup>.

(1)-(0022-3) - *Beschwerden im Magen-Darm-Bereich, Rückenbeschwerden*

112 T: wieso verRENKT dieser wirbel dann;  
113 (---)  
114 wäre ihn: das (---) beim (lehmhauen) AUCH passiert?  
115 (---)  
116 T: sagen mer jetzt hypoTHETisch;=  
117 =das=is SCHWER (---) SCHWER zu sagen;=  
118 =ne?=  
119 =aber wenn sich sich ma so REIN versetzen; (---)  
120 wäre ihnen das (beim lehmhauen) AUCH passiert;

((26 Zeilen Auslassung))

146 T: KÖNNte es sein dass da hinten dieser wirbel einfach diese (-)  
147 diese !FAUST! is die sie ANspann:.,  
148 wenn: irgendwie ein ge!FÜHL! da is-  
149 FREU:[de-  
150 P: [hm=hm-  
151 T: Oder-  
152 (---)  
153 T: irgendwie ANspannung=-  
154 P: <<p>> des kann schon SEIN>.=  
155 =ja=-  
156 T: =ÄRger-  
157 P: ja;  
158 (-)  
159 T: dass das DIE stelle is-  
160 wie siegfried !BLATT!-  
161 P: <<p>> ja>;  
162 (1.13)  
163 P: ja;  
164 T: (und dann) die anspannung die die FAUST wird=-  
165 und dann irgendwann (-) isses !SO! fest,  
166 dass der wirbel (-) AUSrenkt;

(1a)-(0022-3)

167 P: hm=hm-  
168 P: ja,  
169 (2.17)  
170 P: ja,  
171 (1.06)  
172 P: des (.) des kann GUT sein.  
173 dass de schmerz fängt meischtens DA an; (---)  
174 in de ZWERCHfell,  
175 un dann (---) bloCKIERT=s; (---)  
176 blockIERT er diese wirbel [(dann);  
177 T: [hm=hm,  
178 (2.37)  
179 P: da kann ich au (---) schlecht DURCHatme=-  
180 =also ich hab dann SCHON (-) n dicken [schmerz (in der brust)  
181 T: [ja;  
182 T: ja das tut WEH;  
183 DAS tut weh;

---

<sup>93</sup> Im Anhang findet sich das zusammenhängende Transkript sowohl dieses ersten Beispiels als auch des zweiten Beispiels.

184 <<p>hm>-  
 185 hm=hm,  
 186 is einfach SEHR (ver)schoben und verklemmt-  
 187 (1.18)  
 188 T: <<p> hm=hm>-  
 189 (3.11)

Nachdem die Patientin die Zusammenführung der Therapeutin bereits mit Zustimmungspartikeln quittiert hat (vgl. Sequenz (1)), begründet sie ihre Zustimmung nun damit, dass der Schmerz „da“<sup>94</sup> anfängt (Z. 172/173) und der Wirbel daraufhin blockiert. Die Patientin stimmt der Zusammenführung zwar direkt zu („des kann gut sein“, Z. 172), ihre Begründung bezieht sich allerdings auf körperliche Vorgänge. Somit stellt sie keinen direkten Bezug von Gefühl und körperlicher Reaktion her. Die Patientin schildert anschließend die Konsequenzen der Wirbelblockade: Sie kann „schlecht durchatmen“ und spürt einen „dicken Schmerz“ (Z. 179/180). Die Therapeutin geht zunächst auf die Schmerzbeschreibung der Patientin ein (Z. 182/183) und bezeichnet den Wirbel, der von ihr zuvor mit „verrenktem“, „ausgerenktem“ Wirbel (vgl. (2): Z. 112; 166) und von der Patientin mit „blockiertem“ Wirbel (Z. 175/176) beschrieben wurde, als „verschoben und verklemmt“ (Z.186). Diese Formulierung nutzt sie als Ressource, um die Bearbeitung der psychophysischen Zusammenhänge einen Schritt voranzutreiben, wie der folgende Abschnitt zeigt.

(1b)-(0022-3)

190 T: jetzt (.) simmer ma (-) sch:(.)SPITZfindig un; (--)  
 191 ich frag mal welches ge!FÜHL! ist dann verklemmt-  
 192 (3.94)  
 193 ((Geräusch))  
 194 (1.85)  
 195 P: h. es kann aber dann au wieder nur e FOLge von (--) von VORher  
 196 sein;  
 197 nur DANN-  
 198 (---)  
 199 ((geräusch))  
 200 P: ((lacht))  
 201 T: ((atmet hörbar durch die Nase ein))  
 202 (-)  
 203 P: hh.  
 204 (---)  
 205 P: ich mein (--) jetzt nich- (--)  
 206 ich kann mich nit erinnern dass ich mich da geÄRgert hätt==  
 207 =oder (--) dass da irgendwas war was mir nit (---) ZUSagt;=  
 208 =oder so;  
 209 (---)  
 210 T: [hm=hm,  
 211 P: [<<p> des WAR nit>-  
 212 T: [(des WAR )];

<sup>94</sup> Anhand der vorliegenden Audiodaten kann leider nicht eindeutig entschieden werden, worauf sich die Patientin mit dem Deiktikum „da“ bezieht. Möglich ist es, dass sie damit das Zwerchfell meint, das sie direkt im Anschluss nennt. Insofern würde ihre Erklärung etwas von der Erklärung der Therapeutin abweichen, die zuvor gemutmaßte hat, dass die Patientin die Anspannung „da hinten“ spürt und sich damit auf den Wirbel bezogen hat. (vgl. Z. 146 in (1)).

213 P: [<<pp> (des war)>  
 214 T: hm=hm,  
 215 müssen wir au jetzt nich an den haaren herBEIziehn;=  
 216 =irgendwas was vielleicht konstruIERT is;  
 217 das [is: ja (nit) SINN der sache;  
 218 P: [hm=hm-  
 219 (---)  
 220 T: aber wir sin ja wie die kriminologen auf der !SPUR!;  
 221 ((atmet hörbar durch die Nase aus))  
 222 P: hm=hm;  
 223 (---)  
 224 T: auf der S:PUR;  
 225 ham sie das gefühl dass wir dem Näherkomm:?  
 226 (-)  
 227 P: ((schnalzt)) (-) ja=a,  
 228 (--)  
 229 P: also ich hab SCHON=s gefühl dass es (.) irgendwas !AU! (.) also  
 230 was bestimmtes AUSlöst-  
 231 P: aber (-) WAS-  
 232 (-)  
 233 T: hm=hm? (-)  
 234 hm=hm, (---)  
 235 [hm=hm,  
 236 [((Hämmern))  
 237 (-)  
 238 P: würds jetzt ni grad auf mei !SOHN!- (-)  
 239 oder auf mei MANN (1.15) beziehe-=  
 240 =also-  
 241 T: hm- (. )  
 242 hm=hm? (--)  
 243 hm=hm,  
 244 (4.30)  
 245 P: bin sicher ICH aber; (--wo-  
 246 (---)  
 247 T: GÜT-  
 248 öh=sie: im geFÜge; (--)  
 249 T: [von; (-)  
 250 P: [hm=hm,  
 251 T: ne?  
 252 (---)  
 253 T: hm-

Nachdem die Patientin die Zusammenführung (allerdings nicht explizit) ratifiziert hat, geht die Therapeutin einen Schritt weiter und eruiert das Gefühl, das die Wirbelblockade auslöst: Aufbauend auf und analog zu ihrem zuvor evozierten Bild eines „verklemmten“ Wirbels fragt sie, welches Gefühl denn „verklemmt“ ist (Z, 190/191). Die Patientin kann jedoch keinen direkten Zusammenhang zwischen einem bestimmten Gefühl und der Wirbelblockade herstellen (Z. 195-197; 205-211). Die Therapeutin macht deutlich, dass sie keine Zusammenhänge „konstruieren“ will (Z. 215-217). Sie rechtfertigt ihre Frage aber damit, dass es darum geht, sich möglichen Zusammenhängen anzunähern (Z. 220-224) und ruft in diesem Zusammenhang das Bild von „Kriminologen“ auf, die „auf der Spur“ sind. Daran anschließend rückversichert sie sich bei der Patientin, ob diese die hergestellten Zusammenhänge nachvollziehen kann (Z. 225). Die Patientin vermutet, dass ein bestimmter Auslöser für ihre körperlichen Beschwerden existiert, ihr Erklärungsansatz bleibt allerdings relativ vage („schon=s Gefühl dass

es irgendwas [...] was *Bestimmtes* auslöst“, Z. 229/230). Im Anschluss schließt sie, wenn auch eingeschränkt, die Möglichkeit aus, dass ihre Schmerzen in einer Verbindung zu ihrem Sohn oder Mann stehen (Z. 238/239). Die Sorgen um den Mann und Sohn waren auch bereits zuvor Thema. Interessanterweise hat die Patientin auf eine vorangegangene Frage der Therapeutin zu Beginn des Gesprächs vermutet, dass die Sorge um ihren Sohn eventuell einen (Mit)auslöser für ihre Schmerzen darstellt. In dieser Sequenz vermutet die Patientin jedoch, dass sie selber die Ursache ihrer Beschwerden darstellt (Z. 245), woraufhin die Therapeutin die interpersonelle Komponente der Beschwerden hervorhebt („sie im Gefüge“, Z. 248).

(1c)-(0022-3)

254 T: und sie haben eben (-) !DURCH! ihre (---) lebensgeschichte==  
 255 =sicher auch (---) durch (.) den frühen tod des VAters,  
 256 und (---) dieser beSTIMMten (---) situation==  
 257 =die mutter (---) war sicher (nicht) beLASTbar,  
 258 P: hm-  
 259 (--)  
 260 P: weil i-  
 261 es isch ja nit so dass ich jetzt die schmerzen (---) erscht hab  
 262 (.) seit ich: sorge mit meinem SOHN hab==  
 263 =oder (.) oder SO;=  
 264 d' die (.) die sin ja ALT;  
 265 (-)  
 266 T: ja,=  
 267 P: isch ja [ALt(es);  
 268 T: [die sind ALT;  
 269 P: es S:TEIgert sich [nur;  
 270 T: [ja;  
 271 (-)  
 272 T: ja;  
 273 (-)  
 274 T: ja-  
 275 (---)  
 276 T: hm=hm,  
 277 (2.50)  
 278 T: ich (-) mach jetzt mal einfach ne F::RA:ge;  
 279 KANN es sein dass (-- ) sie (1.70) früher (1.30) gelernt haben  
 280 (1.66) RÜCKsicht zu nehm:- (-)  
 281 gefühle zu kontrollIEn, (1.20)  
 282 sich weder (.) überschwänglich zu FREUen, (--)  
 283 NOCH die WUT richtig rauszulassen-  
 284 (1.32)  
 285 T: (also) sin ja alles so: öh öh gefühle die auch mit be!WE!gung  
 286 un mit (HEFTigkeit) zu tun [haben;  
 287 P: [ <<p>hm=hm>-  
 288 (---)  
 289 T: öh:m-  
 290 (---)  
 291 T: dass sie eher STILL in sich-  
 292 (-)  
 293 P: hm=hm;  
 294 (-)  
 295 P: ja;  
 296 das isch !SICH!er so.  
 297 (--)  
 298 T: !GLAU!ben sie dass das wirklich ihr naturell ist,  
 299 oder isse (-- ) das was sie (-- ) öh gelernt haben durch die  
 300 UMstände;

301 (1.10)  
302 P: ich glaub eher dass ichs (---) dass ichs geLERNT [hab;  
303 T: [hm-  
304 T: hm-  
305 (--)  
306 P: [ja;  
307 T: [ich würd=s AUCH sagen;=  
308 sie sind (.) Eher eigentlich n (-) impulsiver [typ  
309 P: [ja-  
310 T: SCHÄTZ ich ma;  
311 P: ja;  
312 (1.74)  
313 P: ja des STIMMT;  
314 (-)  
315 T: und ich schätze mal dass wenn sie !HEU!te (.) als (.) kleines  
316 mädchen (-) äh aufgewachsen wären,=  
317 =dass sie auch (.)!RUM!getobt [wären;  
318 P: [ja;  
319 P: ja=a;  
320 T: ja-=  
321 =und geTOLLT-=  
322 =und sich vor freude [(--) ge[TANZT hätten  
323 P: [ja-  
324 P: ja; ja;  
325 (---)  
326 T: also eher SO=n typ sind;=  
327 P: =ja-  
328 (1.20)

Da die Patientin selber keinen direkten bzw. konkreten Zusammenhang zwischen ihren Gefühlen und ihren körperlichen Beschwerden herstellen kann, bietet die Therapeutin ihr eine mögliche, allerdings unvollständige, Erklärung an, indem sie auf die „Lebensgeschichte“ der Patientin rekurriert, die von verschiedenen Belastungen geprägt war (Z. 254-257). Die Patientin geht nicht direkt auf diese Erklärung ein, sie bezieht sich zunächst noch einmal auf die Sorge um ihren Sohn (Z. 261/262) und verweist anschließend darauf, dass die Schmerzen „alt“ sind (Z. 264/267). Es bleibt jedoch unklar, ob sie sich damit auf die von der Therapeutin eingebrachten früheren Belastungen bezieht. Da die Patientin ihren Redebeitrag nicht weiterführt, formuliert die Therapeutin nach einiger Zeit eine Frage, die zugleich einen Deutungscharakter hat: Sie vermutet, dass die Patientin gelernt hat, ihre Gefühle niemals richtig „rauszulassen“, sondern immer zu „kontrollieren“ (Z. 278-283). Da die Patientin, allerdings mit einiger Verzögerung und erst nach weiterführenden Äußerungen der Therapeutin (Z. 284-294) bestätigt, ihre Gefühle unter Kontrolle zu halten (Z. 293; 295/296), geht die Therapeutin einen Schritt weiter in der Suche nach möglichen Ursachen und stellt der Patientin die Suggestivfrage, ob diese Gefühlskontrolle ihrem „Naturell“ entspricht oder „gelernt“ ist (Z. 298-300). Da die Patientin angibt, das Zurückhalten der Gefühle gelernt zu haben (Z.302), formuliert die Therapeutin auf dieser Basis nun ihre eigene (zuvor durch die Fragen nur angedeutete) Einschätzung, dass sie die Patientin als „impulsiven Typ“ beurteilt (Z. 308). Sie baut da-

raufhin ein Szenario aus, das das eigentliche Temperament der Patientin illustriert (Z. 315-322), was von der Patientin mehrfach minimal bestätigt wird (Z. 318/319; 324; 327).

(1d)-(0022-3)

329 T: und (so sind) sie JETZ eher kontrollLIERT;  
330 (---)  
331 P: <<lachend> ja>-  
332 ja JA;=  
333 =des: des STIMMT; (-)  
334 ja;  
335 T: [hm=hm,  
336 P: [des <<pp> (stimmt)>;  
337 (1.80)  
338 P: hm;  
339 (3.08)  
340 T: und- (-)  
341 kontrolle is ja immer auch mit KRAFT verbunden; (-)  
342 P: hm=hm,  
343 T: und vielleicht hatten sie !DIE! kraft (-- ) (viel) (-) mehr,  
344 (1.12)  
345 P: hm=hm;  
346 T: ne?  
347 T: dass sie da (-) gut zuRECHT[(kommen),  
348 P: [hm=hm;  
349 T: und-  
350 jetzt isses (-) doch mit mehr ANspannung verbunden; (--)  
351 gefühle- (-)  
352 zuRÜCKzuhalten;=  
353 P: hm=hm;  
354 (.)  
355 T: vielleicht auch ihrem MANN gegenüber jetzt; (--)  
356 BIN ich ma (-) (so kühn),  
357 P: hm=hm-  
358 T: äh (.) der doch eher harmonIEN haben möchte;  
359 P: ja-  
360 ja;  
361 T: hm=hm,  
362 (-)  
363 P: ja;  
364 (-)  
365 T: dann lieber (.) für SICH behalten;  
366 P: ja;  
367 T: auch im URlaub;  
368 ( [ )für SICH behalten;  
369 P: [ja;  
370 P: ja;  
371 (2.0)  
372 P: ja,  
373 des:: (-- ) des KANN (-- ) also-  
374 ja;  
375 (1.40)  
376 P: hm=hm;  
377 (3.65)  
378 P: das kann schon SEIN;

Die Therapeutin bezieht sich in ihrem Folgeturn wieder auf die aktuelle Situation der Patientin und bietet ihr auf der gerade zuvor erarbeiteten Erklärungsgrundlage (Kontrolle und Zurückhalten der vorhandenen Gefühle) ein im Vergleich zur ursprünglichen Zusammenführung

(vgl. Ausschnitt 1) erweitertes Modell an: Hatte sie in der anfänglichen Zusammenführung Anspannung als relativ unbestimmte Ursache genannt, qualifiziert sie die Anspannung nun näher und führt sie auf die Gefühlskontrolle der Patientin zurück (Z. 329-352). Die Therapeutin setzt zwei Rückbezüge ein („Ehemann“, Z. 355-365; „Urlaub“, Z.367/368), die ihr Modell unterstützen und einen konkreten Bezug zur aktuellen Lebenswelt der Patientin herstellen. Die Konsequenz der Anspannung, die Wirbelblockade, wird allerdings nicht explizit benannt. Die Patientin liefert ein Display des Nachdenkens (Z. Z. 372-377) und stimmt dem Modell letztendlich mit einer gewissen Zurückhaltung zu (Z. 378).

(1e)-(0022-3)

379 T: denken se einfach mal drüber NACH==  
380 P: ja;  
381 T: oder; (-)  
382 oder gehn (.) mit der frage mal so (-- ) öh (.) in den ALLtag  
383 rein;  
384 P: ja=a,  
385 (-)  
386 T: dass sie ma GUCKen;  
387 was IS jetzt eigentlich; (.)  
388 FREU ich mich jetzt-  
389 (-)  
390 P: ((lacht))  
391 (-)  
392 P: <<pp> ( )>;  
393 T: STIMMT?=  
394 =hnhn;  
395 P: ja-  
396 (1.80)  
397 T: oder äh;  
398 (1.48)  
399 T: wie WEHre ich mich denn- (--)  
400 wenn: (.) andere in meinen kreis <<lachend> EINdringen>==  
401 =ja,  
402 P: [ja;  
403 T: [un meine <<lachend> BUTterdose nehmen>;  
404 T: [ja,  
405 P: [(ja);  
406 T: [is ja !WIRK!lich (-) [zum ärgern;  
407 P: [ja- [ja;  
408 P: ja-  
409 T: un dann !KOMMT! jemand und sacht- (--)  
410 [du BRAUCHST dich doch nicht ärgern;=  
411 [(lautes Geräusch))  
412 T: =(ne),  
413 (-)  
414 P: ja-  
415 (-)  
416 T: hm=hm;  
417 hm=hm,  
418 (-)  
419 ((Geräusch))  
420 (---)  
421 P: ja=a,=  
422 =<<p> DES: äh=a>-  
423 (1.32)  
424 P: [<<p> des kann ich so (-) NACHvollziehn>;  
425 [(Geräuschkulisse im Hintergrund))

426 P: ja,  
 427 (1.60)  
 428 P: [(bin ma )];  
 429 [((Geräusche))  
 430 ((Geräusche))

Aufbauend auf der erweiterten Zusammenführung formuliert die Therapeutin die Empfehlung, dass die Patientin ihre Gefühle und ihr Verhalten im Alltag beobachten soll (Z. 382-400). Sie rekurriert dabei auf eine konkrete Situation („Butterdose“, Z. 403-410), die die Patientin zuvor im Gespräch auf Nachfrage der Therapeutin als Beispiel für den Ärger gegenüber ihrem Sohn genannt hat<sup>95</sup>. Insofern ist diese Situation gerade kein Beispiel für eine Gefühlskontrolle, sondern ein Beispiel für eine Situation, in der die Patientin ihren Ärger artikuliert. Dieser Widerspruch scheint für die Patientin allerdings kein Problem darzustellen. Sie macht die Therapeutin jedenfalls nicht auf diesen Widerspruch aufmerksam. Sie stimmt der Empfehlung zunächst minimal zu (Z. 414, 421) und erklärt dann, „des [...] nachvollziehen“ zu können (Z. 424). Worauf sie sich mit dieser Äußerung bezieht, bleibt jedoch unklar.

Man könnte vermuten, dass die Arbeit an dem psychosomatischen Krankheitsverständnis damit zunächst abgeschlossen ist. Die Therapeutin hat verschiedene ‚Punkte‘ abgearbeitet und am Ende eine Empfehlung formuliert. Die bisherige Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses kann im Hinblick auf die psychotherapeutischen Interventionen folgendermaßen zusammengefasst werden:

- Zusammenführung (Anspannung verursacht Wirbelblockade, Ausschnitt (1))
- Exploration der Gründe für die Anspannung (Kontrolle der Gefühle und das Zurückhalten des eigenen impulsiven Temperaments führt zu einer Anspannung, Ausschnitte (1b), (1c))
- erweiterte Zusammenführung aufgrund der erarbeiteten Zusammenhänge von Gefühl und Anspannung (Ausschnitt (1d))
- Empfehlung, Gefühle und Verhalten im Alltag zu beobachten (aktueller Ausschnitt)

Wie der nachfolgende Abschnitt zeigt, belässt die Therapeutin es allerdings nicht bei dieser Erarbeitung, sondern arbeitet weiter an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis.

(1f)-(0022-3)

431 T: können sie [!DA! (-) irgendwie ne verbindung zu den schmerzen;  
 432 [(Geräusch)]  
 433 T: =hm,  
 434 ((Geräusch))  
 435 (5.00)  
 436 P: isch SCHWER;

<sup>95</sup> Die Patientin hat geschildert, dass ihr Sohn, der im gleichen Haus wohnt, häufiger in ihre Küche kommt und die Butterdose aus dem Kühlschrank nimmt ohne sie wieder zurückzustellen. Wenn sie ihren Ärger darüber zum Ausdruck bringt, spielt ihr Mann die Situation herunter.

437 (.)  
438 T: is SCHWER;  
439 ja;=  
440 P: =ja;  
441 (-)  
442 T: [ja-  
443 P: [das is SCHWER;  
444 T: ja-  
445 ((Geräusch))  
446 (1.22)  
447 P: [also-  
448 T: [hm-  
449 (---)  
450 P: denk mal;  
451 (1.20)  
452 P: wenn ich mich jetzt [Ärger,=  
453 [((Geräusche))  
454 =und ich hätt gleich SCHMERze-  
455 (--)  
456 P: dann würd ich s: (.) sage (.) JA jetzt (.) des WAR=s.  
457 T: [ge?  
458 [((Geräusch))  
459 T: das is EINFach;  
460 ne,  
461 P: ((lacht))  
462 ((Geräusch))  
463 (--)  
464 P: aber SO:,  
465 die die SCHMERze komme einfach=öh;  
466 (1.25)  
467 P: ich bin-  
468 i habs mir AUF(schribbe)  
469 bin ( ) oder beim (KEgeln)- (--)  
470 vielleicht sind=s dann auch geDANke die ich hab-  
471 (---)  
472 T: hm=hm,  
473 P: die äh;  
474 (2.80)  
475 P: isch=d'==  
476 ma denkt ja STÄNdig irgendwas-  
477 T: ja:,  
478 (--)  
479 P: (die sind die DA:)-  
480 (---)

Die Therapeutin fragt die Patientin direkt danach, ob diese selber eine Verbindung herstellen kann (Z. 431). Ihre Frage bleibt vage, da sie die von ihr zuvor etablierte Beschwerdeursache (eine durch Gefühlskontrolle ausgelöste Anspannung) nicht explizit nennt. Nach einer längeren Pause (Z. 435) erklärt die Patientin, dass es „schwer“ für sie sei, eine solche Verbindung herzustellen (Z. 436, 443). Im Anschluss begründet sie ihre (nicht explizit gemachte) Ablehnung damit, dass die Schmerzen nicht direkt auf bestimmte Gefühle folgen, sondern „einfach kommen“ (Z. 452-465). Sie bezieht sich damit jedoch gerade nicht auf die von der Therapeutin als Beschwerdeursache angebotene Gefühlskontrolle, sondern auf zum Ausdruck gebrachte Gefühle (Z. 252-254). Dies wird von der Therapeutin allerdings nicht kommentiert bzw.

korrigiert. Die Patientin überlegt im Anschluss weiter, ob eventuell bestimmte Gedanken ihre Schmerzen auslösen (Z. 470, 476).

(1g)-(0022-3)

481 T: was könnten das für gedanken SEIN?  
482 (--)  
483 P: ja dass ich mir ebe die SORge dann mach,=  
484 =wenn ich so in RUhe was mach-  
485 KOCHe oder BÜgeln oder so was=-  
486 T: =hm=hm,  
487 (2.76)  
488 P: des kann schon SEIN;=  
489 =also,  
490 (1.70)  
491 P: hm=hm,  
492 (1.53)  
493 T: vielleicht beOBachten sie [einfach;=  
494 P: [ja-  
495 T: =ob sie die in dem nächsten URlaub-  
496 in einem entSPANNten <<lachend> [urlaub beobachten sie>,  
497 P: [ja=haha; h.  
498 T: wies ihn: dabei (.) [GEHT;  
499 P: [hm=hm-  
500 T: (wie GEHTs ihn: [denn da;)  
501 P: [(also in MEISCHT)-  
502 P: am meischten gings mir da GUT;=  
503 T: =hm=hm,  
504 (---)  
505 T: hm=hm,  
506 (---)  
507 T: einfach mal GUCKen;  
508 (5.40)

Die Therapeutin greift die Äußerung der Patientin auf und fragt nach, welche Gedanken den Schmerz auslösen könnten (Z. 481). Die Patientin überlegt, dass sie sich möglicherweise Sorgen macht (Z. 483), auch wenn sie in Ruhe bestimmten Tätigkeiten wie bügeln oder kochen nachgeht. Insofern bezieht sie sich in ihrem Erklärungsansatz doch eher auf Gefühle („Sorgen“) und nicht auf Gedanken. Die Therapeutin empfiehlt ihr erneut, sich zu beobachten (493-498). Ohne dass dies explizit formuliert wird, hebt sie damit vermutlich wieder auf die Gefühlskontrolle ab (der Urlaub wurde bereits vorher als eine Situation genannt, in der die Patientin ihre Gefühle möglicherweise kontrolliert, vgl. Sequenz 1d) und fordert die Patientin dazu auf, mögliche Zusammenhänge zwischen ihrer Gefühlskontrolle und ihren Beschwerden zu eruieren. Die Patientin erklärt allerdings, dass es ihr im Urlaub „meistens gut“ geht (Z. 502). Die Therapeutin geht zunächst nicht weiter darauf ein (Z. 503-506), empfiehlt der Patientin dann aber trotz ihres Einwandes, „einfach mal [zu] gucken“ (Z. 507).

(1h)-(0022-3)

509 T: was macht der schmerz !JETZ!?  
510 (1.34)  
511 ((Geräusch))  
512 (---)  
513 P: <<p> s GEHT>;  
514 (.)  
515 T: es GEHT;  
516 (-)  
517 T: welche STÄRke?  
518 (---)  
519 P: <<p> ja>-=  
520 so DREI VIER;  
521 T: [hm=hm,  
522 P: [also !DA! isch er immer noch;=  
523 T: [DA isser (klar);  
524 P: [<<p> (hm=hm)>;  
525 (-)  
526 T: VORher war er fünf SECHS,=  
527 =JETZ=ist er drei VIER,  
528 P: ja-  
529 (--)  
530 P: ja=a,  
531 (-)  
532 T: hm=hm,  
533 (-)  
534 T: hm=hm,  
535 (1.44)  
536 T: hm-

Im Anschluss an ihre Empfehlung fragt die Therapeutin nach dem aktuellen Schmerzempfinden der Patientin (Z. 509). Diese Frage, die in den Gesprächen häufiger eingesetzt wird, funktioniert ähnlich wie die in Kapitel 7.1.1 untersuchten Aktualisierungsfragen: Mit der Frage werden mögliche Veränderungen der körperlichen Beschwerden im Gespräch eruiert, die auf Belastungen oder auch Entlastungen der Patienten hinweisen können und so auch die Herstellung von psychosomatischen Zusammenhängen erlauben. Die Patientin stuft ihren Schmerz (auf einer Skala von null bis zehn) bei drei bis vier ein (Z. 520) und macht explizit deutlich, dass er „noch immer da“ ist (Z. 522). Die Therapeutin erkennt an, dass die Schmerzen nach wie vor da sind (Z. 523), sie kontrastiert die aktuellen Beschwerden der Patientin aber mit den Beschwerden zu Beginn des Gesprächs, die bei „fünf sechs“ lagen (Z. 526/527). Die Therapeutin formuliert zwar kein Fazit aus dieser Beobachtung; ihre Äußerung suggeriert jedoch, dass das Gespräch eine entlastende Funktion hatte, was auch die Schmerzintensität positiv beeinflusst hat.

Die folgende Sequenz zeigt, wie zielgerichtet und insistent die Therapeutin die Arbeit an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis fortsetzt, obwohl die Patientin eine psychosomatische Erklärung für ihre Beschwerden zurückweist.

Da die Patientin die initiale Zusammenführung der Therapeutin zurückweist, nimmt die Therapeutin Bezug auf die negativen Organbefunde der Patientin, um ihre psychosomatische Erklärung zu unterstützen. Die Patientin äußert daraufhin eine organische Krankheitsvorstellung. Die Therapeutin geht zunächst auf diese Krankheitserklärung ein, kommt dann jedoch wieder auf psychosomatische Erklärungszusammenhänge zurück. Auch diese werden von der Patientin weitgehend zurückgewiesen, so dass die Therapeutin zugesteht, dass nicht immer psychosomatische Erklärungen etabliert werden konnten. Sie bricht die Bearbeitung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses dennoch nicht ab, sondern geht dazu über, danach zu fragen, auf welchen Anteil die Patientin jeweils ihre organischen und psychischen Kausalattributionen einschätzt.

Die Sequenz wird anhand von sieben Abschnitten nachvollzogen.

Vor diesem Ausschnitt hat die Patientin geschildert, dass sie ihren Freund häufiger beschimpft hat. Sie hat dies darauf zurückgeführt, dass ihr Vater sie in ihrer Kindheit oft verbal angegriffen hat. Sie hat vermutet, dass ihr Freund dadurch emotional verletzt wurde und hat in diesem Zusammenhang den Spruch „n Messer kann am Herz vorbei aber n Wort trifft direkt ins Herz“ genannt. Die Therapeutin hat den Fokus wieder auf die Patientin selbst gelenkt und nachgefragt, ob die Beschimpfungen sie früher stark ins Herz getroffen haben, was von der Patientin bestätigt wurde.

## (2)- (0108-3) - *Bauchbeschwerden*

24 T: un jetzt ham sie HERZbeschwerden- (--)  
25 P: ((lacht))  
26 (--)  
27 T: wenn die wut (.) nich RAUSkann;=ne,  
28 P: ja: aber das isch auch ebe UNabhängig von: wenn ich mich  
29 AUFrege;  
30 (hab) da hm; (--)  
31 wenn ich dann daheim vorm FERNseh sitz oder so und auf einmal-  
32 (-) hm; (--)  
33 dann drück ich immer daGE:gen-  
34 (--)  
35 T: beim FERNsehn zu hause auch;=  
36 P: =hm=hm,  
37 (---)  
38 T: <<p> hm=hm>,  
39 (---)  
40 T: bei bestimmten SENdungen,=oder-  
41 P: nee: ischt alles UN[abhängig;  
42 T: [einfach SO:;  
43 P: hm=hm,  
44 (---)  
45 T: und is dann ihr freund BEI ihn: oder [nich;=  
46 P: [nee meischtens NIT;  
47 T: meistens NIT;  
48 also wenn sie alleIne (sind) vorm fernseher;  
49 P: ja DOCH s isch doch wenn ich jetzt NACHdenk-  
50 isch=s als au wenn er DA isch; (--)  
51 DOCH isch au wenn er DA isch;=

52 T: = [<p> auch wenn er DA is>;  
 53 P: [hab i scho oft ma zu ihm gesagt (dass ich da so) DRUCK im hals  
 54 hab oder im BAUCH-  
 55 (1.55)  
 56 T: hm=hm-  
 57 (--)  
 58 T: .hh un (-- ) is das in situationen wo sie sich GUT versteh:n  
 59 oder wo sie eher wieder (-) das gefühl habm !ACH! (-- ) der is  
 60 DOCH nit so ganz bei mir;  
 61 P: nä das: (-- ) UNabhängig;  
 62 T: ja,  
 63 [sind se SICHer?  
 64 P: [hm-  
 65 ja;  
 66 T: ja,  
 67 P: hm=hm,  
 68 (-)  
 69 T: vielleicht GUCKen se ma:; (1.24)  
 70 WANN (.) das auftaucht-  
 71 un was so: (-- ) äh STÖrend sein könn[te;=  
 72 P: [hm-  
 73 T: =oder geWEsen sein könnte kurz vorher;  
 74 P: hm=hm,  
 75 (2.5)

Die Therapeutin setzt eine maximal explizite Zusammenführung (Z. 24-27) ein, indem sie das Bild „Herz“ aufgreift und es in Beziehung zu der unterdrückten Wut der Patientin und somit in einen anderen Kontext stellt<sup>96</sup>. Interessant ist der sequentielle Verlauf der Zusammenführung: Die Therapeutin realisiert zunächst den ersten Teil der Zusammenführung („und jetzt ham sie Herzbeschwerden“, Z. 24) und setzt ihren Turn zunächst aus, woraufhin die Patientin lacht. Die Funktion des Lachens ist ambig und kann nicht eindeutig bestimmt werden. Möglich ist, dass die Patientin damit ihr Hintergrundwissen darüber signalisiert, dass die Therapeutin psychosomatische Zusammenhänge herstellt, sie also anzeigt, dass sie weiß, worauf die Therapeutin abzielt<sup>97</sup>. Die Therapeutin beendet daraufhin ihre Zusammenführung und macht deutlich, dass die Patientin Herzbeschwerden hat „wenn die wut nich rauskann“ (Z. 27), wodurch sie dem ersten Teil retrospektiv eine neue Bedeutung gibt. Aufgrund des Designs der vorangegangenen Äußerung hätte dieser Turn durchaus auch als direkte Anknüpfung an die vorangegangene Sequenz interpretiert werden können, da er durch die Konjunktion „und“ angeschlossen ist (vgl. Heritage/Sorjonen 1994) und das temporale Deiktikum „jetzt“ eine Konsequenz der Beschimpfungen des Vaters indizieren könnte. So aber stellt sie den ersten Äußerungsteil in einen anderen Kontext, so dass nicht die Beschimpfungen des Vaters, sondern die

<sup>96</sup> Die Bezugnahme auf die Herzbeschwerden der Patientin ist insofern bemerkenswert, als die Patientin hauptsächlich unter Bauchbeschwerden leidet und mögliche Zusammenhänge von unterdrückten Gefühlen und den Bauchbeschwerden bereits mehrfach thematisiert wurden. Im weiteren Verlauf kommt die Therapeutin allerdings auch auf die Bauchbeschwerden der Patientin zu sprechen (vgl. den folgenden Ausschnitt 2c).

<sup>97</sup> Die Gespräche zwischen dieser Therapeutin und dieser Patientin weisen relativ lange Aushandlungssequenzen über ein psychosomatisches Krankheitsverständnis auf. Aufgrund der Interaktionsgeschichte weiß die Patientin also, dass die Therapeutin sehr insistierend an einem solchen Krankheitsverständnis arbeitet. Vgl. dazu auch Beispiel 4-4 d in Kapitel 7.1.2.

unterdrückte Wut als Auslöser der Herzbeschwerden benannt wird. Die Patientin widerspricht der Zusammenführung und erklärt, dass ihre Herzbeschwerden „auch unabhängig“ (Z. 28) auftreten, anschließend verweist sie auf eine für sie offensichtlich emotional neutrale Situation („daheim vorm Fernseh“, Z. 30), in der die Beschwerden ebenfalls auftreten. Sie unterstreicht die Unabhängigkeit der Beschwerden von emotional aufgeladenen Situationen, indem sie erklärt, dass die Beschwerden „auf einmal“ (Z. 30) auftreten, was gegen einen kausalen Zusammenhang von ihrer Wut und ihren Beschwerden spricht. Die Therapeutin akzeptiert die Zurückweisung der Patientin nicht, sondern verwendet diese neue Information, um weitere mögliche psychosomatische Zusammenhänge zu eruieren: Sie fragt nach, ob die Beschwerden „bei bestimmten Sendungen“ (Z. 39) auftreten, und als die Patientin dies verneint, fragt sie, ob der Freund, zu dem die Patientin aktuell eine etwas problematische Beziehung hat, während des Fernsehens dabei ist (Z. 44). Dies verneint die Patientin zunächst, bestätigt es dann aber doch (Z. 45-53), so dass die Therapeutin nochmals nach möglichen psychosomatischen Verknüpfungen fragt (Z. 57-59). Die Patientin weist eine solche Möglichkeit zurück und macht erneut deutlich, dass die Beschwerden unabhängig von schwierigen Situationen mit ihrem Freund auftreten (Z. 60). Die Therapeutin lässt dies wiederum nicht gelten, sondern fragt zunächst noch einmal nach (Z. 62) und empfiehlt der Patientin dann zu kontrollieren, in welchen Situationen die Beschwerden auftreten „un was so störend sein könnte oder gewesen sein könnte kurz vorher“ (Z. 69-73). Sie hält also weiterhin an einer psychosomatischen Erklärung fest. Auf diese Weise setzt die Therapeutin sich über das Wissen der Patientin hinweg. Antaki et al. (2004: 136) machen deutlich, dass Therapeuten die „own felt experience“ des Patienten nicht anfechten oder „wegformulieren“ können. In diesem Beispiel, wie auch in anderen Sequenzen<sup>98</sup> zeigt sich allerdings, dass sich die Therapeuten in den hier analysierten Gesprächen durchaus auch über das Wissen und die Gefühle der Patienten hinwegsetzen, um ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu etablieren. Die Patienten werden, sobald sie ihre Probleme präsentiert haben, nicht mehr als ‚Eigentümer‘ dieser Probleme behandelt, ihre Schilderungen sind öffentlich gemacht und können damit auch hinterfragt, herausgefordert und reevaluiert werden (vgl. Buttny 1996: 149): „Problems are not simply the clients’ subjective sentiments or inner cognitions, but become an object for examination through talk [...]. Clients are not the final authority for their own avowals or affect [...]“ (ibid). In dem hier analysierten Beispiel hat die Therapeutin zwar kein Problem der Patientin hinterfragt oder angezweifelt, sondern sie hat einen von der Patientin als ‚Nicht-Problem‘ dargestellten Sachverhalt problematisiert und für ihre ‚psychosomatischen Zwecke‘ genutzt. Dennoch hat

---

<sup>98</sup> Vgl. Beispiele (6) und (7) in Kapitel 7.1.1, Beispiele (4)-(4d) in Kapitel 7.1.2.

sie sich über die „subjective sentiments or inner cognitions“ der Patientin und damit über deren letztgültige Autorität hinweggesetzt. Da die Patientin nur minimal auf die Empfehlung der Therapeutin reagiert (Z. 74/75), nimmt die Therapeutin Bezug auf die negativen Organbefunde der Patientin und unterstützt damit ihr psychosomatisches Modell.

(2a) – (0108-3)

76 T: weil (.) äh ich denk orGANisch ist jetzt (.) eigentlich  
77 (.) recht viel ABgeklärt;=ge,  
78 P: hm=hm,  
79 (--)  
80 P: des st[immt;  
81 T: [(nur der) KERNspin aber sonst? (-)  
82 is doch ekaGE gemacht worden?  
83 P: ja,  
84 (--)  
85 T: äh:: koloskoPIE is gemacht worden;=ge?  
86 P: [was isch (.) kolosko[PIE?  
87 T: [äh: (.)  
88 DARMspiegelung;  
89 P: ja; (.) ja;  
90 T: äh:: GAstroskopie also mund is gespie äh MAgen is ge[spiegelt  
91 P: [ja ja;  
92 T: worden;  
93 (--)  
94 T: ja,  
95 (1.0)  
96 ((3 sec Störung))  
97 T: also (.) DARMspiegelung? (.)  
98 MAgenspiegelung?  
99 (-)  
100 äh BLUT is untersucht worden;  
101 ekaGE is untersucht worden;  
102 (-)  
103 ( ) gynäkoLOgen warn sie:-  
104 Urologe warn sie-  
105 (---)  
106 ähm (-) welcher bereich: ist NICHT-  
107 (1.2)  
108 P: das GANZkörperbild fehlt;  
109 [hehehe (.) hehehe  
110 T: [das GAN (-) das GANZk(h)örperb(h)ild h.-  
111 [dazu gehört auch die SEELe>;  
112 P: [hehe;  
113 T: [hehehehehehehe h. h. ;  
114 P: [JA hehehehehehe-  
115 T: vielleicht sind sie ja HIER im kernspin,  
116 hnhnhnhn;=  
117 P: hnhnhnhn-=  
118 =ja wer WEIß,  
119 T: [hnhnhn h. ;  
120 P: [hnhnhn h.  
121 T: hm=hm,  
122 (1.72)  
123 T: wäre das für sie son bild mit dem sie (---) äh (-) was  
124 ANfangen könn:,  
125 weil; (1.21)  
126 (es geht ja sie)-  
127 P: je nachdem [was man S(h)IEHT vielleicht schon [ja;  
128 T: [ja-  
129 aber es geht ja hier ja wirklich um !GANZ!; (-)

130 GANZ(.)HEIT(.)LICH. (.)  
 131 P: ja;  
 132 T: der [ganze KÖRper-  
 133 P: [ja;  
 134 (3.39)  
 135 T: hm:=hm,  
 136 P: ich hab mir auch schoma überlegt obs von de KNOCHe irgendwie  
 137 herkommt-  
 138 (1.64)

Die Therapeutin führt eine ganze Liste von Untersuchungen an, die bereits durchgeführt wurden, die aber ausnahmslos negativ ausgefallen sind (Z. 76/77; 82; 85; 90/92; 97/98; 100/101; 103/104). Darauf aufbauend stellt sie eine Art `Testfrage`, mit der sie vermutlich auf den Bereich der Seele anspielt („welcher Bereich ist nicht [untersucht worden]“, Z. 106). Die Patientin gibt an, dass das „Ganzkörperbild“ fehlt (Z. 108). Damit bezieht sie sich wahrscheinlich auf die Untersuchung im Kernspintomographen, die sie nach wie vor einfordert, die aber von den Ärzten als nicht notwendig gesehen wird. Damit signalisiert sie auch, dass die Liste der Therapeutin nicht vollständig ist: Es wurden zwar viele Untersuchungen durchgeführt, das bildgebende Verfahren allerdings, das eventuell doch positive Organbefunde erbringt, fehlt. Sowohl Patientin und Therapeutin lachen darauf hin, beide wissen um den Wunsch der Patientin (und auch um ihre hauptsächlich organische Krankheitsüberzeugung). Die Therapeutin spielt mit dem Begriff „Ganzkörperbild“ und dreht ihn gewissermaßen um: Sie verweist darauf, dass zum Ganzkörperbild auch die Seele gehört (Z. 110/111) und äußert, dass die Gespräche vielleicht den „Kernspin“ darstellen (Z. 115). In der Konsequenz heißt das, dass die Untersuchung im Kernspintomographen gar nicht mehr notwendig ist, da die ganzheitliche Seite, die psychische Aspekte einschließt, in den Gesprächen `untersucht` werden kann. Auf die Frage der Therapeutin, ob sie mit diesem Bild etwas anfangen kann, gibt die Patientin eine ausweichende Antwort („je nachdem was man sieht vielleicht schon ja“, Z. 127), woraufhin die Therapeutin noch einmal eindrücklich auf die ganzheitliche Ausrichtung der Gespräche hinweist (Z. 129/130; 132). Die Patientin rückt daraufhin jedoch abrupt von der psychosomatischen Ebene ab und äußert die Vermutung, dass ihre Beschwerden vielleicht „von den Knochen herkommen“ (Z. 136/137). Mit dieser Äußerung löscht sie retrospektiv die Arbeit der Therapeutin an psychosomatischen Zusammenhängen und behandelt sie als „Nicht-Ereignis“ (vgl. Schegloff 1987).

(2b)- (0108-3)

139 T: von den KNOCHen,=  
 140 was [könnte daher KOMM:,=  
 141 P: [hm  
 142 =so irgend ne entZÜNdung drin isch oder so==

143 =weil ich oft auch (--) in de KNOCHe ebe schmerze hab;=  
144 =so;  
145 (--)  
146 T: [wo?  
147 P: [( )];  
148 (---)  
149 P: au meischtens da im BRUSCHtbereich=  
150 =(hm); (1.59)  
151 wo hab ichs NOCH gehabt=  
152 ja DA: halt- (---)  
153 hab ich als STECHe; (1.50)  
154 un wenn ich so auf de KNOCHe drück je nachDEM dann (--) tut es  
155 halt au(-) so BRENNendes gefühl gibt es dann;  
156 ((Knall))  
157 T: wo?  
158 (1.03)  
159 P: an ALLe knoche eigentlich=isch dann auch UNderschiedlich;  
160 (-)  
161 T: die KNOCHen oder die geLENke;  
162 P: hauptsächlich die KNOCHe, (.)  
163 T: hauptsächlich die KNOCHen;=  
164 P: hm=hm-  
165 (1.20)  
166 T: hm=hm, (---)  
167 und (.) WECHselnd?=  
168 =oder an bestimmten STELlen;  
169 (1.22)  
170 P: WECHselnd; (--)  
171 mal DA: un mal DA-  
172 T: hm=hm, (--)  
173 bei WETterwechsel: oder UNabhängig da: von-  
174 P: UNabhängig.  
175 (-)  
176 T: hm=hm;  
177 P: hm:;  
178 (1.91)  
179 T: hm=HM,  
180 (2.91)

Die Therapeutin geht zunächst auf die Krankheitsvorstellung der Patientin ein. Sie bittet die Patientin, ihre Vorstellung zu explizieren (Z. 140) und fragt dann nach der genauen Schmerzlokalisation (Z. 146, 157, 161, 167/168) und dem Zeitpunkt des Auftretens (Z. 173). Ihre Fragen deuten darauf hin, dass sie nach Anzeichen für eine Rheumaerkrankung sucht.

(2c)- (0108-3)

181 T: womit könnte das zuSAMmen hängen,=  
182 =was DENken sie was dahinterstecken könnte?  
183 P: ja also MANCHmal denk ich das es einfach die luft isch  
184 die zu arg DRÜCKT überall,=  
185 =un dass die dann: vielleicht (---) SCHON schmerze verUR[sache  
186 T: [aHA?  
187 P: kann;  
188 T: so von INNen son [druck;  
189 P: ja; (-)  
190 hm=hm,  
191 (--)  
192 T: also dann wie GESTern zum beispiel; (--)  
193 (so) starke (schmerzen) hatten: und ganz geblähten BAUCH,  
194 P: hm-



Patientin.

(2d)- (0108-3)

237 T: öhm;;  
238 (3.37)  
239 T: das is ja als wenn sie SCHWANger wärn dann drückts ja auch  
240 nach AUßen;=  
241 =ne?  
242 (1.44)  
243 T: hm=hm,  
244 (1.96)  
245 T: is des so kinderwunsch mit heirat verBUNden?=  
246 =oder- (1.05)  
247 P: (nö:) ja als: KIND wollt ich schon heirate ja.  
248 (--)  
249 T: HEI[raten].=  
250 P: [des war eigentlich: (.) mein gröschter WUNSCH;=  
251 T: =(hm),  
252 =ja ja des SACHten sie;=  
253 des wär so ihr einziger [!GRO:!ßer wunsch.  
254 P: [ja;  
255 geNAU;  
256 (-)  
257 T: ähm: (-) is des nur des HEIraten oder auch (-) KINder dann;  
258 (-)  
259 P: ja: also eigentlich wollt ich SCHON mal kinder aber in der  
260 momenTane (--) welt (--) nicht unbedingt;  
261 (---)  
262 T: also HEIraten is so (des );  
263 P: hm:-  
264 (---)  
265 T: gibt ja auch menschen die sagen (.) ( ) HEIraten ich will  
266 KINder habm;  
267 will faMIlie habm;  
268 (--)  
269 P: hm=hm;  
270 DES: [momentan nit;  
271 T: [hm hm-  
272 hm=hm,  
273 HEIraten;=  
274 =also des is so DES;  
275 (1.78)  
276 T: hm=hm,  
277 (1.68)

Die Therapeutin rückt anschließend von einer möglichen Entzündung als Beschwerdeursache ab und stellt eine Analogie zu einer Schwangerschaft her; auch bei einer Schwangerschaft entsteht ein Druck nach außen (Z. 239/240). Da die Patientin auf diese Äußerung nicht reagiert (Pausen in Z. 242, 244), fragt die Therapeutin explizit nach (was in ihrer vorangegangenen Frage bereits suggeriert war), ob für die Patientin der bereits in den Gesprächen thematisierte Wunsch nach einer Heirat mit einem Kinderwunsch verbunden ist (Z. 245). Der größte Wunsch der Patientin ist es, ihren Freund zu heiraten, was dieser jedoch ablehnt. Die Logik, die hinter der Frage der Therapeutin stehen könnte, ist also vermutlich die folgende: Die Patientin kann ihren Freund nicht heiraten, was wiederum einen möglichen Kinderwunsch er-

schwert. Keine Kinder bekommen zu können, kann Schmerzen verursachen, die sich in Form von Schwangerschaftsschmerzen manifestieren können. Die Therapeutin spielt mit ihrer Analogie also vermutlich darauf an, dass die Schmerzen der Patientin als Symbol für einen nicht erfüllten Kinderwunsch stehen. Die Patientin missversteht die Therapeutin allerdings zunächst, da sie „Kinderwunsch“ als „Wunsch in der Kindheit“ interpretiert, (Z. 247) und sie erklärt, dass heiraten in der Kindheit ihr größter Wunsch war (Z. 250). Auf Nachfrage der Therapeutin (Z. 257) äußert sie, dass sie „nicht unbedingt“ Kinder haben möchte (Z. 259/260). Die Therapeutin insistiert zunächst auf dem Thema `Kinderwunsch` (Z. 266-268), lässt es allerdings nach einer erneuten Ablehnung der Patientin (Z. 270/271) fallen.

(2e)- (0108-3)

279 T: GUT also sie (---) denken dass die beschwerden auch von dem  
 280 KNOCHen her ( ) kommen; (--)  
 281 P: dass DA irgendwas weniger ( );=  
 282 T: =obwohl die erklärung AUCH sein kann das ist einfach der (-)  
 283 LUFTdruck der [dann;  
 284 P: [ja;  
 285 (---)  
 286 P: (genau);  
 287 (--)  
 288 T: hm=hm,  
 289 (3.87)  
 290 T: <<p> (gut)>.  
 291 (3.81)  
 292 T: und (--) wenn wir jetzt so miteinander (.) SPRECHen,  
 293 [(---) was ham sie da bisHER so; (1.57)  
 294 [(Geräusch)  
 295 T: öh::; (---)  
 296 erKLÄrung für ihre erkrankung gefunden; (--)  
 297 und für ihre beSCHWERden;  
 298 (1.06)  
 299 P: NIT viel;=  
 300 hehe[hehehe;  
 301 T: [NIT viel;  
 302 (---)  
 303 P: oder sehen sie des ANderscht;  
 304 (1.79)  
 305 P: hab ich VIEle erklärungen- (-)  
 306 ne oder,  
 307 (1.08)  
 308 T: also wichtig is für !SIE!; (-)  
 309 was SIE fürn verständnis dafür habm;  
 310 P: ich hab GAR kei erklärung eigentlich; (-)  
 311 für DAS: (--) alles;  
 312 (---)  
 313 T: na sie sagen: ich denke dass das: (.) von den KNOCHen her  
 314 kommen könnte==  
 315 =ich denke dass da so ne (-) orGANische ursache is;  
 316 die bisher noch nich gefUNDen worden is-  
 317 P: hm;  
 318 (---)  
 319 T: und wir überLEgen ob da nich auch (.) öh:: so diese (--)  
 320 (wirklich auch) (--) schwere seelische beLASTungen (--) öh  
 321 drücken könnten;  
 322 P: hm=hm-  
 323 (3.85)

324 P: manchma vielleICHT aber immer glaub ich nit; (-)  
325 T: hm=hm,  
326 P: ich hatt's ja au noch ganz heftig,=  
327 =nachm UMzug,=  
328 da=häma uns ja so gefREUT als die wohnung fertig wa:r-  
329 un; (--)  
330 dann) hatt ich geBURTStag vorbereitungen un das macht ja  
331 alles SPASS und is schön; (--)  
332 un da hab ich (--) WAHnsinnige probleme ghabt mim bauch;  
333 (-)  
334 T: wann: WAR das,  
335 (Geräusch)  
336 P: des war im auGUSCHT;  
337 T: DIEses jahr?  
338 P: hm=hm,=  
339 T: =da sind sie UMgezogen;=  
340 P: hm=hm,  
341 (---)  
342 T: hm-  
343 (4.83)  
344 (Fehler in der Aufnahme)  
345 T: warn sie da: (-) äh vorher ham sie vorher AUCh zusammen gelebt?  
346 P: ja=a-  
347 T: [un is man jetzt nur zuSAMmen(.)UMgezogen in ne andere wohnung;=  
348 P: [ja-  
349 =geNAU [geNAU  
350 T [GRÖßer KLEIner [SCHÖner,  
351 P: [GRÖßer SCHÖ:ner;  
352 T: [hm=hm,  
353 P: [( );  
354 (1.62)  
355 T: <<p> größer und schöner>;=  
356 wessen WUNSCH war das?  
357 (---)  
358 P: BEIde;  
359 (-)  
360 T: BEIde;  
361 P: <<p> BEIde>; (-)  
362 <<p> (genau)>; (-)  
363 T: und des stand h. (-) auch nich in diskussion ob sie zuSAMmen da  
364 rein zieh:n-  
365 P: nö: des war GANZ klar;  
366 T: des war [ganz KLA:R;  
367 P: [hm;;  
368 (---)  
369 T: <<p> hm=hm>,  
370 (3.65)  
371 T: un DA war des auch sehr sch: (.) heftig;=  
372 P: ja (.) ((räuspert sich));  
373 (1.32)

Die Therapeutin kommt wieder zurück auf die Krankheitsvorstellung der Patientin und fordert eine erneute Stellungnahme der Patientin ein (Z. 279-283), ihre Äußerung bleibt allerdings etwas unklar. Da die Patientin die Nachfrage der Therapeutin nur minimal bestätigt und keine weiteren Erklärungen vornimmt, fragt die Therapeutin sie erneut nach einer Erklärung für ihre Beschwerden, die sie allerdings im Gegensatz zu der vorherigen auf das psychotherapeutische Gespräch bezieht (Z. 292/293). Dies impliziert, dass es ihr um mögliche psychische bzw. psychosoziale Belastungen geht, die im Gespräch zur Sprache gekommen sind. Die Patientin gibt

an, „nicht viele“ Erklärungen zu haben (Z. 299) und rückversichert sich bei der Therapeutin, ob diese das anders sieht (Z. 303; 305/306). Die Therapeutin erklärt, dass es darum geht, was die Patientin selbst für ein Verständnis hat (Z. 309/310), woraufhin die Patientin äußert, „gar keine“ Erklärung zu haben (Z. 310/311). Diese Aussage erscheint widersprüchlich, da die Patientin zuvor ja eine Erklärung ihrer Beschwerden dargestellt hat (Luft drückt auf die Knochen und verursacht so eine Entzündung). Die Patientin bezieht sich aber auf mögliche psychosoziale Belastungen, worauf die Therapeutin in ihrer Ausgangsfrage (Z. 292-297) auch implizit abgehoben hat. Die Therapeutin macht die Patientin zunächst darauf aufmerksam, dass sie, entgegen ihrer Angaben, doch eine Erklärung ihrer Beschwerden hat, nämlich eine organische, (Z. 313-316). Sie geht dann aber dazu über, explizit nach seelischen Belastungen zu fragen.<sup>100</sup> Die Patientin äußert, dass seelische Belastungen „manchmal vielleicht“ eine Rolle spielen können, dass diese Belastungen aber nicht die alleinige Ursache ihrer Beschwerden darstellen (Z. 324). Sie begründet ihre Ansicht mit einem konkreten Beispiel und erklärt, dass die Beschwerden während ihres Umzugs und den Geburtstagsvorbereitungen sehr stark waren, Situationen, die „Freude“ und „Spaß“ bereitet haben (Z. 326-332). Die Therapeutin lässt die Begründung zunächst nicht gelten und exploriert mögliche psychische Belastungen, die durch die Umzugssituation entstanden sein könnten (Z. 345 – 363).

(2f)-(0108-3)

374 T: gut-  
 375 also manchma (---) äh: (-) ham wir so zusammenhänge äh:  
 376 (-- ) ZEIGen können? (--)  
 377 ah-  
 378 aber nich IMmer;  
 379 P: hm-  
 380 (--)  
 381 T: hm=hm,  
 382 (4.90)  
 383 T: was können sie sich denn VORstellen;  
 384 also diese orGANische ursache,  
 385 oder ebm diese beLASTung: als ursache, (-)  
 386 wieviel proZENT;  
 387 (-)  
 388 P: also eher orGANisch-  
 389 mit (1.42) SIEBzig, (--)  
 390 un ANder dreißig;  
 391 T: dreißig so die ANdern belastungen;

<sup>100</sup> Die Sequenz lässt sich, auch und gerade aufgrund der indirekt gehaltenen ursprünglichen Frage der Therapeutin (Z. 292-297), nicht eindeutig auflösen. Die plausibelste Interpretation scheint die folgende zu sein: Die Therapeutin hat in ihrer Frage vermutlich auf mögliche psychosomatische Erklärungen der Patientin abgehoben, was die Patientin auch so verstanden hat. Da sie keine solchen Erklärungen für ihre Beschwerden gefunden hat, gibt sie an, gar keine Erklärungen zu haben. Die Therapeutin hält ihr darauf hin entgegen, dass sie doch eine organische Erklärung gefunden hat. Ihre Frage zielte aber vermutlich gerade nicht auf eine solche Erklärung ab: Erstens hat die Patientin ihre organische Erklärung zuvor ausführlich geschildert, zweitens hat die Therapeutin ihre Frage gerahmt und damit auf Erklärungen „in den Gesprächen“ abgehoben, drittens zielt sie mit ihrer Folgefrage direkt auf mögliche seelische Belastungen der Patientin ab.

392 P: hm=hm?  
393 (--)  
394 T: hm=hm?  
395 (---)  
396 T: also nich NULL sondern DREIßig.  
397 P: hm=hm,  
398 T: hm=hm,  
399 (---)  
400 T: <<p> (kay)>;  
401 (--)  
402 P: ja (aber ich hätt) schon viel erLEBT==  
403 =t(h) t(h) im LETSCHte jahr;=  
404 = (war arg) schon VIEL;  
405 T: sie ham (dann) ja auch FRÜher; (--)  
406 [sie habm auch FRÜher heftig viel erlebt;=  
407 P: [hm;  
408 des=STIMMT aber des isch eigentlich auch gut so;=  
409 =hm;  
410 (-) (Geräusch) (--)  
411 P: wie des im letze JAH:R;=  
412 =also da muss ich schon sage das war SCHON- (-)  
413 T: das mit dem VATER; (-)  
414 P: hm=hm;=  
415 T: ja?  
416 (1.51)  
417 T: und nach AUßen:-  
418 wirkt es ebm auf den der nich RIChtig hinguckt, (1.87)  
419 so: als wenn es: ses (.) so WEGgesteckt hätten;=  
420 P: hm:-  
421 (2.19)  
422 T: <<p> ja>- (---)  
423 aber; (---)  
424 P: (hm GANZ nich); (.)  
425 stimmt SCHON aber==  
426 T: =(nein) das wäre das wäre Übermenschlich;=  
427 P: ja- (--)  
428 denk ich mir AU;=  
429 =ja.  
430 (3.52)  
431 T: und ihr FREUND- (-)  
432 hat der sich danach (.) verÄNdert,  
433 (1.12)  
434 P: NACH dem jahr jetzt?  
435 (-)  
436 T: nachdem was mit dem VATER passiert ist;  
437 (2.16)  
438 P: `hm`hm;  
439 (1.86)  
440 T: wie hat er=überHAUPT reagiert;  
441 (1.12)

Da die Fragen nach möglichen umzugsbedingten Problemen offensichtlich keine weiteren Belastungen offenbaren, gesteht die Therapeutin ein, dass nicht immer psychosomatische Beschwerden zu erkennen sind (Z. 375-378). Interessant ist, dass sie ihren Turn mit der Behauptung einleitet, dass „manchmal“ Zusammenhänge hergestellt wurden; in der aktuellen Sequenz wurden aber gerade keine Zusammenhänge hergestellt, im Gegenteil hat die Patientin vielmehr Situationen und Krankheitsvorstellungen angeführt, die gegen eine psychosomatische Erklärung sprechen. Dementsprechend wird diese Bemerkung von der Patientin auch

nicht ratifiziert (Z. 379/380). Da die Therapeutin in der Herstellung von psychosomatischen Zusammenhängen in dieser Sequenz ganz offensichtlich gescheitert ist, fragt sie die Patientin direkt danach, zu wieviel Prozent diese ihre Beschwerden auf organische bzw. psychosoziale Ursachen zurückführt (Z. 383-386). Auffällig ist, dass sie auch in ihren folgenden Äußerungen und im Gegensatz zu den zuvor genannten „schweren seelischen Belastungen“ (vgl. (2d)) nicht explizit auf psychosomatische Konzepte Bezug nimmt. In ihrer Frage nach den Anteilen der möglichen Ursachen erwähnt sie die „organischen Ursachen“ explizit, die psychosozialen Ursachen werden mit „diese Belastungen“ umschrieben. Die Patientin schätzt den organischen Anteil ihrer Beschwerden auf 70 Prozent, den Anteil der anderen Belastungen auf 30 Prozent (Z. 388-390). Diese Einschätzung nutzt die Therapeutin, um darauf aufmerksam zu machen, dass psychosoziale Belastungen existieren, die Belastungen liegen bei immerhin 30 Prozent und nicht bei null (Z. 396). Die Patientin führt ihre psychischen Belastungen auf Ereignisse in dem vorangegangenen Jahr zurück (Z. 402-404), was die Therapeutin mit dem Hinweis darauf ergänzt, dass sie auch bereits früher viele Belastungen erlebt hat (Z. 405/406). Die Patientin bewertet diese früheren Erfahrungen positiv (Z. 408) und bezieht sich dann wieder auf die Ereignisse im letzten Jahr, ohne allerdings konkrete Erlebnisse zu nennen, ihre Äußerungen bleiben unvollständig (Z. 411/412). Die Therapeutin fragt nach, ob sie sich mit ihren Andeutungen auf „das mit dem Vater“ bezieht (Z. 413). Die Patientin hat im vergangenen Jahr ihren Vater nach einem Selbstmordversuch gerade noch vor dem Tod retten können. Die Patientin bestätigt dies (Z. 414), woraufhin die Therapeutin zunächst anmerkt, dass man der Patientin diese Belastungen auf den ersten Blick nicht anmerkt (Z. 417-419). Sie thematisiert dann jedoch nicht den Selbstmordversuch des Vaters, sondern fragt danach, ob der Freund der Patientin sich aufgrund dieser Situation verändert hat (Z. 431/432; 440).

### *Zusammenfassung der Ergebnisse*

In diesem Kapitel wurde anhand von zwei Sequenzen exemplarisch dargestellt, wie sich die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Zusammenführungen weiter entwickelt. Zusammenführungen (wie auch andere psychotherapeutische Verfahren) werden in den meisten Fällen weder als Paarsequenz noch als „three-part sequence“ (Buttny 1996) realisiert bzw. erarbeitet. Vielmehr handeln Therapeuten und Patienten die Zusammenführungen aus und bearbeiten sie weiter (vgl. Kindt 1984; Vehviläinen 2008). Allerdings zeigt sich an den hier untersuchten exemplarischen Sequenzen – wie auch insgesamt in den hier untersuchten Gesprächen – dass die Therapeuten die Zweifel, Einwände oder abweichenden Krankheitsvorstellungen der Patienten nicht immer gelten

lassen, sondern zielgerichtet, systematisch und insistierend an der Bearbeitung der Zusammenführungen und damit generell an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis arbeiten.

Anhand von Beispiel (1) wurde gezeigt, wie sich die Bearbeitung und Weiterentwicklung einer psychosomatischen Zusammenführung mit einer Patientin gestaltet, die zwar psychosomatische Erklärungen akzeptiert, die aber die von der Therapeutin etablierten Zusammenhänge nicht immer nachvollziehen kann. Die Therapeutin setzt zunächst eine Zusammenführung ein (Anspannung verursacht Wirbelblockade), die von der Patientin ratifiziert wird, und exploriert daran anschließend zusammen mit der Patientin die möglichen Gründe für die Anspannung. Die Patientin kann zunächst keine direkten Zusammenhänge zwischen ihren Gefühlen und ihren Beschwerden herstellen, so dass die Therapeutin Bezug auf die Lebensgeschichte der Patientin nimmt und durch gezielte Fragen einen Zusammenhang zwischen der „gelernten“ Gefühlskontrolle der Patientin und den Beschwerden der Patientin herstellt. Auf dieser Grundlage realisiert sie eine erweiterte Zusammenführung und empfiehlt der Patientin, ihr Verhalten in alltäglichen Situationen zu beobachten. Im Anschluss fragt sie die Patientin direkt danach, ob diese selber den zuvor etablierten psychosomatischen Zusammenhang auf ihre Schmerzen beziehen kann. Da die Patientin keinen eindeutigen psychosomatischen Zusammenhang feststellen kann, fordert die Therapeutin die Patientin erneut auf, ihre Gefühle zu beobachten. Abschließend nimmt sie einen `Schmerzabgleich` vor, um herauszufinden, wie sich die Beschwerden der Patientin konkret im Gesprächsverlauf entwickelt haben.

Anhand des zweiten Beispiels wurde demonstriert, wie die Therapeutin an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis arbeitet, obwohl die Patientin psychosomatische Erklärungen für ihre eigenen Beschwerden weitgehend ablehnt. Da die Patientin die Zusammenführung der Therapeutin zurückweist, nimmt die Therapeutin Bezug auf die negativen Organbefunde der Patientin, um die psychosomatische Erklärung zu unterstützen. Da die Patientin daraufhin allerdings eine organische Krankheitsvorstellung äußert, geht die Therapeutin zunächst auf diese Krankheitserklärung ein, kommt dann jedoch wieder auf psychosomatische Erklärungszusammenhänge zurück. Da auch diese von der Patientin weitgehend zurückgewiesen werden, gesteht die Therapeutin zu, dass sie nicht immer psychosomatische Erklärungen plausibel machen konnte. Sie bricht die Bearbeitung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses allerdings nicht ab, sondern fragt die Patientin nach ihren geschätzten Anteilen von organischen und psychischen Ursachen ihrer Beschwerden. Die Patientin gibt zwar an, eine weitgehend organische Ursachenvorstellung zu haben, sie gesteht aber auch psychische Anteile zu, die sie auf einen konkreten Auslöser zurückführt. Die Therapeutin greift diesen

Auslöser auf und exploriert weitere mögliche Veränderungen im Leben der Patientin. Stellvertretend für andere ähnliche Bearbeitungsverläufe kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich die hier untersuchten Sequenzen durch die methodische und beharrliche Arbeit der Therapeutin an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis auszeichnen. In Beispiel (1) z.B. zeigte sich, dass die Fragen der Therapeutin bereits sehr präsupponierend und suggestiv sind. Die Therapeutin hat also bereits ein zugrunde liegendes Konzept bzw. eine Ursachenvorstellung über die Beschwerden der Patientin, die sie sich durch die Fragen bestätigen lässt. Ihre Fragen haben einen mäeutischen Charakter: Die Therapeutin bietet der Patientin ihre eigene Ursachenattribution nicht (nur) in Form von Feststellungen an, sondern versucht, die Patientin durch gezielte Fragen zu einem psychosomatischen Verständnis zu bewegen. In Beispiel (2) zeigt sich die Zielgerichtetheit der Therapeutin beispielsweise an der Tatsache, dass sie die Gegenargumente der Patientin nicht immer gelten lässt, sondern gerade diese Argumente zum Anlass nimmt, um weiterhin mögliche psychische bzw. psychosoziale Ursachen der Beschwerden zu explorieren. Damit setzt sie sich streckenweise über den privilegierten Zugang der Patientin zu ihrer eigenen Lebenswelt hinweg.

In beiden Fällen gelingt es der Therapeutin letztendlich nicht, die Patientinnen zu einer Zustimmung zu dem von ihr angebotenen psychosomatischen Modell zu bewegen. Die Patientin in Beispiel (1) stimmt zwar der von der Therapeutin als mögliche Beschwerdeursache angebotenen Gefühlskontrolle zu und überlegt aktiv, welche Faktoren ihre Beschwerden auslösen könnten. Sie kann allerdings keinen direkten Zusammenhang von ihren (kontrollierten) Gefühlen und ihren Schmerzen herstellen. Ihre Ablehnung ist insofern nicht als direkte Ablehnung der von der Therapeutin hergestellten Verbindung zu werten, als sie sich nicht auf die Gefühlskontrolle, sondern auf zum Ausdruck gebrachte Gefühle als mögliche Beschwerdeursache bezieht. Die Patientin in Beispiel (2) lehnt den von der Therapeutin hergestellten Zusammenhang von ihrer unterdrückten Wut und ihren

Beschwerden zunächst explizit ab und äußert im weiteren Verlauf eine organische Kausalattribution. Sie gesteht zwar auf explizite Nachfragen der Therapeutin zu, dass ihre Beschwerden auch auf psychosoziale Belastungen zurückgeführt werden können, räumt einer organischen Erklärung jedoch einen wesentlich höheren Stellenwert ein.

## 8. Die Aushandlung eines alternativen Krankheitsverständnisses im Verlauf mehrerer Sitzungen

In dem folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie sich die Aushandlung über ein alternatives, d.h. nicht organisches, Krankheitsverständnis im Verlauf von vier Sitzungen<sup>101</sup> mit einer Patientin gestaltet. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf den kritischen Phasen dieser Aushandlung und ihrer Bearbeitung. In den hier untersuchten Gesprächen scheitert die Erarbeitung eines alternativen Krankheitsverständnisses. Die Gespräche können in mehrerer Hinsicht als Extrembeispiel gewertet werden: Das kategorische Festhalten der Patientin an einem organischen Krankheitsverständnis bzw. ihre wiederholte Forderung nach einer Operation sind außergewöhnlich massiv. Auch arbeitet der Therapeut nicht direkt an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis; er versucht vielmehr explizit, eine psychosomatische Zuordnung zu vermeiden. Die Aushandlung des Krankheitsverständnisses wird über Stellvertreter-Themen abgewickelt. Der Therapeut versucht die Patientin auf die Möglichkeit vorzubereiten, dass die von ihr geforderte Operation eventuell nicht durchgeführt wird. Er argumentiert damit, dass das Krankheitsbild der Patientin durch funktionelle Störungen<sup>102</sup> hervorgerufen wird, die, anders als organische Erkrankungen, nicht operativ behoben werden können. An diese Argumentation lehnen sich weitere Interventionen des Therapeuten an, so z.B. die Empfehlung an die Patientin, ein Symptomtagebuch zu führen, mit dem sie Zusammenhänge von bestimmten Situationen und ihren Beschwerden dokumentieren kann. Auch das Angebot, mit der Patientin über mögliche Entlastungen zu sprechen, wird anfangs mit der Möglichkeit einer nicht durchgeführten Operation begründet. Die Patientin blockiert die Interventionen des Therapeuten und wehrt sich massiv gegen eine Kategorisierung als psychosomatisch, die der Therapeut gerade explizit zu vermeiden versucht. Im Folgenden werden kritische Phasen der Gespräche analysiert, die von sich wiederholenden 'Aushandlungsschleifen', Rechtfertigungsaktivitäten des Therapeuten und der Blockadehaltung der Patientin geprägt sind. Therapeut und Patientin beharren auf ihren jeweiligen Standpunkten, so dass das Krankheitsverständnis bis zum Ende der vierten Sitzung nicht produktiv bearbeitet wird. Auch die Vorschläge des Therapeuten, die Patientin psychosozial bzw. auch ganz praktisch zu entlasten, werden bis zum Ende von der Patientin zurückgewiesen. Zentrale Sequenzen der Gespräche werden anhand von Transkripten dargestellt, der weitere Gesprächsverlauf wird in Kursiv-

---

<sup>101</sup> Vermutlich wurde ein fünftes Gespräch geführt, das leider nicht vorliegt.

<sup>102</sup> Von funktionellen Beschwerden spricht man vor allem in der inneren Medizin. Zu funktionellen Syndromen zählen z.B. das Chronic Fatigue Syndrome und die Fibromyalgie, die empirisch vermutlich weitgehend identisch zu somatoformen Störungen sind (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 3.3). Vgl. Kapitel 2.2.

schrift paraphrasiert. Die Ergebnisse der Analysen werden am Ende des Kapitels zusammengefasst und diskutiert.

Erste Sitzung: (Länge der Aufnahme: 48:59 min)

*Zu Beginn der ersten Sitzung geht es zunächst um die Inhalte und Ziele der Studie und Therapeut und Patientin legen gemeinsam das Gesprächsziel fest. Da die Patientin kein konkretes Ziel nennt, schlägt der Therapeut ihr vor, eine ausführliche Beschwerdeschilderung als Ziel zu formulieren. Die Patientin akzeptiert dies.*

*Im Anschluss führt der Therapeut eine Anamnese durch. Die Patientin bringt ihre aktuellen Beschwerden (Rückenschmerzen, Bauchkrämpfe und Durchfälle) in einen zeitlichen Zusammenhang mit einem Kaiserschnitt vor 10 Jahren. Nach dieser Operation, die relativ dramatisch verlief, wurde der Patientin die Gallenblase entfernt und sie litt seit dieser Zeit immer wieder an Vereiterungen im Bauchfellbereich. Von den behandelnden Ärzten wurde ihr damals vorgeworfen, die Entzündungen selber zu verursachen bzw. zu manipulieren. Erst nach Jahren wurde die Entzündungsursache festgestellt und die Beschwerden behoben. Die Patientin erhält die Möglichkeit, ihre aktuellen Beschwerden und damit einhergehende berufliche und familiäre Beeinträchtigungen zu schildern. Auf die Frage des Therapeuten nach eigenen Erklärungen für ihre Erkrankung vermutet die Patientin eine organische Ursache und weist potentielle psychische Krankheitsursachen explizit zurück<sup>103</sup>.*

Zweite Sitzung: (Länge der Aufnahme: 35:05 min)

Die zweite Sitzung ist geprägt durch die Aushandlung über die Notwendigkeit einer Operation. Die Patientin greift den Therapeuten mehrfach massiv an, was zu längeren Reparatursequenzen führt.

*Zunächst wird die Situation in der Familie der Patientin thematisiert, und es wird darüber gesprochen, wie die Familie ohne die Patientin zurechtkommt. Die Patientin fragt den Therapeuten relativ unvermittelt, ob er bereits mit „dem Professor“ gesprochen hat. Ihre Frage bezieht sich vermutlich auf die möglicherweise anstehende Operation, was von dem Therapeuten auch so aufgefasst wird (vgl. Transkriptausschnitt 1) Der Therapeut erklärt, dass er für die „gesprächlichen Dinge“ zuständig ist und dass er gerne die medizinischen Belange in dem Verantwortungsbereich des behandelnden Stationsarztes belassen möchte. Da die Pati-*

---

<sup>103</sup> Zu dem sequentiellen Verlauf dieser Zurückweisung vgl. Beispiel (9) in Kapitel 6.2

*entin ihr Anliegen wiederholt, bietet der Therapeut ihr an, den zuständigen Chirurgen zu kontaktieren. Auf seine Frage, was er dem Chirurgen mitteilen soll, antwortet die Patientin, dass es ihr schlecht geht und dass sie wissen möchte, woran sie ist.*

An diese Sequenz schließt sich eine längere Aushandlung über die Notwendigkeit einer Operation an, die im Folgenden anhand von einem in vier Abschnitten unterteilten Transkript nachvollzogen und analysiert wird<sup>104</sup>.

### *(1) Therapeut problematisiert die Operation*

370 T: vielLEICHT hm-  
371 mein: sie es wär vielleicht sinnvoll noch en bisschen zu WARTen  
372 bis sich das [GANZ geklärt hat?=  
373 P: [ja,  
374 T: =oder;  
375 (-)  
376 P: das JA-=  
377 =ich mein;  
378 gut von heute auf MORgen muss: nich sein==  
379 =a[ber;  
380 T: [hm=hm,  
381 (3.90)  
382 T: (ja) MEIne sorge is son bisschen (---) dass: (-) Eben:--  
383 =ich möcht=s vielleicht ganz OFFen auch sagen;=  
384 =man meine befürchtung is dass h. (-) da SCHON vielleicht  
385 ne (--) ne verWACHsung is-=ja,  
386 also das is ja auch NACHgewiesen==  
387 =und [(---) die auch zu ner funktionellen störung da in diesem  
388 P: [ja=a,  
389 T: [bereich natürlich FÜHRT, [h. (--)  
390 P: [ja ne verENGung; [hm=hm,  
391 T: öhm ich hab aber (--) die (.) beFÜRCHtung;  
392 und es wird (.) vielleicht auch nich: so  
393 HUNdertprozentig: (1.15) öh: zu klären sein dass  
394 vielleicht; (---)  
395 dass sie vielleicht doch auch entTÄUSCHT sein könnten  
396 nach so ner operation;  
397 dass eben (--) der besCHWERdezustand- h.  
398 dass öh-=  
399 =verSTEHN sie,=  
400 =ich ha ich hab (.) öh (.) son BISSchen das gefühl h.  
401 (--) öh dass ihr (-) krankheitsbild sehr sehr (-) komplex  
402 is;=  
403 =und ich bin mir nich so ganz so sicher ob das nur mit so nem  
404 öh so nem einzelbefund wirklich ausreichend erKLÄRT is;  
405 (1.58)  
406 T: (wie [sahen SIE das denn );  
407 P: [und (.) was (.) MEInen sie das jetzt:?  
408 T: ja ich üh: (.) bin natürlich AUCH nicht öh (.) öh  
409 sozusagen h. öh!KLÜ!ger als: öh die ganzen ärzte die h.  
410 (-) äh öh; (---)  
411 hm sagen=wer=mal hm die ihnen (---) i:hnen schon  
412 versucht haben zu HELfen;  
413 also ich MEIN: öh;=  
414 das ist natürlich für mich nich MÖGlich ihnen jetzt: öh zu

<sup>104</sup> Die im Folgenden in Abschnitten dargestellten Sequenzen finden sich im Anhang als zusammenhängende Transkripte.

415 sagen ich glaube das liegt DA oder DAran; h.  
 416 aber (-) hm=so ne geWISse sorge is bei mir einfach da-  
 417 (---)  
 418 T: dass: öh (---) öh dass sie von so ner operation: (--)  
 419 vielleicht NICH in diesem maße (--) profitieren (.) könnten  
 420 (--) wie sie sich das vielleicht erhOFFen;

Der Therapeut fragt zunächst nach, ob es nicht sinnvoll wäre abzuwarten bis sich „das ganz geklärt hat“ (Z. 371/372), womit er sich vermutlich auf das Vorliegen aller Befunde bezieht. Die Patientin erklärt zwar, noch warten zu können (Z. 376-379). An ihrem Turndesign wird jedoch deutlich, dass sie eine möglichst schnelle Lösung bevorzugt („von heute auf morgen muss nicht sein- aber“, Z. 378/379). Der Therapeut geht daran anschließend dazu über, mögliche Probleme einer Operation zu erläutern und begründet diese mit dem komplexen Krankheitsbild der Patientin, das sich nicht durch einen Einzelbefund erklären lässt. Seine Ausführungen sind sehr indirekt gehalten und sind massiv geprägt von Dispräferenzmerkmalen wie Pausen, Verzögerungspartikeln, Heckenausdrücken und Turnabbrüchen bzw. Parenthesen (Z. 382-404). Der Therapeut führt explizit seine eigene Perspektive ein und markiert seine, durch Heckenausdrücke eingeschränkten, Äußerungen als subjektiv („meine Sorge ist son bisschen“, Z. 382, „ich hab son bisschen das Gefühl“, Z. 400, „ich bin mir nicht so ganz sicher“, 403). Diese subjektivierenden Formulierungen reflektieren allgemein das Dilemma bei somatoformen Störungen: Die Störungen sind komplex und können nicht durch organische Einzelbefunde erklärt und dementsprechend auch nicht mit operativen Eingriffen behoben werden. Da dem Therapeuten keine eindeutigen objektiven Befunde zur Verfügung stehen, auf die er seine Einschätzung bezüglich der Operation stützen kann, beruft er sich auf seine subjektive Sichtweise. Dies führt zu Äußerungen, die in ihrer Validität fragwürdig erscheinen, wie z.B.: „*Ich ha ich hab (.) öh (.) son bisschen das Gefühl* h. (--) öh dass ihr (-) Krankheitsbild sehr sehr (-) komplex ist;“ (Z. 400/401). Der Therapeut stellt die Operation nicht als überflüssig oder möglicherweise sogar schädlich hin, sondern bezieht die möglicherweise problematischen Folgen der Operation direkt auf die Situation und die Gefühle der Patientin („dass sie vielleicht doch auch enttäuscht sein könnten“, Z. 395). Da die Patientin zunächst nicht auf seine Äußerungen eingeht (Pause in Z. 405) bittet der Therapeut sie um eine Stellungnahme (Z. 406). Die Patientin unterbricht den Therapeuten allerdings und fordert ihn zu einer Konkretisierung seiner Ausführungen auf (Z. 407). Der Therapeut reformuliert daraufhin seine Äußerungen, die erneut durch Pausen und Verzögerungspartikel gekennzeichnet sind (Z. 408-420). Er stuft zunächst seinen epistemischen Anspruch zurück und macht deutlich, dass er genauso wenig wie die zuvor behandelnden Ärzte in der Lage ist, die Erkrankung der Patientin auf eine eindeutige Ursache zurückzuführen (Z. 408-415). Anschließend drückt er jedoch er-

neut seine Sorge darüber aus, dass die Patientin eventuell nicht so sehr von einer Operation profitiert, wie sie sich das möglicherweise erhofft (Z. 416-420).

Die durch Indirektheit und Dispräferenzmerkmale gekennzeichneten Äußerungen des Therapeuten werden gerade durch diese vorsichtigen Realisierung als heikel und brisant markiert, „[b]y describing something with caution and discretion, this “something” is turned into a matter which is in need of being formulated cautiously and discreetly” (Bergmann 1992: 154). Auch die Einleitung der anfänglichen Äußerung des Therapeuten („ich möcht=s vielleicht ganz offen sagen auch“, Z. 383) deutet daraufhin, dass im Anschluss etwas potentiell Brisantes folgt. Der Therapeut löst jedoch gerade diese angekündigte Offenheit nicht ein, sondern vermeidet eine direkte und explizite Stellungnahme. Gerade der Verzicht auf direkte Sachverhaltsdarstellungen kann dazu führen, dass der Rezipient die von dem Sprecher nur angedeuteten Sachverhalte oder Probleme direkt anspricht (vgl. Bergmann 1992: 149). Auch in diesem Fall macht die Patientin die den Therapeutenäußerungen möglicherweise zugrunde liegende Botschaft explizit und fordert eine direkte Stellungnahme des Therapeuten ein (vgl. dazu die folgende Analyse).

*(1a) Patientin fordert eine direkte Stellungnahme ein → weitere Bearbeitung des Themas „Operation“ → Vorwurf der Patientin: Unterstellung einer Einbildung ihrer Beschwerden*

421 (2.07)  
422 P: WIE jetzt==  
423 =dass es NICHT gemacht werden muss,  
424 un dass ich (-) so wieder HEIMgehe;  
425 T: NEIN.  
426 so (.) SO natürlich NICHT aber- (--)  
427 öh (.) also die befÜRCHtung is halt weil sie so sagten;  
428 (---) äh=öh öh (--) die operaTION==  
429 =also (--) öhm-  
430 gut das muss natürlich noch entSCHIEden werden aber (---)  
431 jetzt wär=s KLAR woran das liegt, h. (-)  
432 und öh das mag schon SEIN dass: eben: en teil der  
433 beschwerden auch daran wirklich LIEGT==  
434 =aber ob ob wirklich so das geSAMte: krankheitsbild;=  
435 =deswegen hatt ich sie ja auch h. öh vorher gefragt öh  
436 wie da ihr EIgenes gefühl is;=  
437 =so wirklich das geSAMte krankheitsbild h. durch diesen  
438 lokalbefund: öh zu erklären is das:- (1.25)  
439 is halt wahrscheinlich ne ganz schwere (.) FRAGE [die man-  
440 P: [also zu  
441 deutsch: (.) dass ich mir den rest EINbilde;  
442 T: !NEIN!;  
443 überHAUPT nicht;

Nach einer längeren Pause fordert die Patientin den Therapeuten zu einer eindeutigen Aussage auf (Z. 422-424). Sie stellt die Operation als einzige Möglichkeit dar und setzt die eventu-

ell nicht erfolgende Operation mit einem Behandlungsabbruch gleich („dass es nicht gemacht werden muss, un dass ich so wieder heimgehe;“). Für den Therapeuten stellt dieses Turnformat ein Dilemma dar: Die Äußerung der Patientin ist auf eine Ja/Nein-Reaktion angelegt. Unabhängig davon, ob der Therapeut ihrer Äußerung zustimmt oder sie ablehnt, akzeptiert er implizit den von der Patientin unterstellten Zusammenhang einer nicht durchgeführten Operation und einem Behandlungsabbruch. Der Therapeut weist die Äußerung der Patientin zunächst explizit zurück (Z. 425/426), formuliert dann aber erneut seine Befürchtung über eine Operation (Z. 427-439). Er spricht sich allerdings nicht direkt gegen eine Operation aus, sondern äußert seine Skepsis gegenüber einer Operation indirekt, indem er seine Zweifel darüber zum Ausdruck bringt, inwieweit der vorhandene Organbefund tatsächlich das komplexe Krankheitsbild der Patientin erklären kann. Seine Äußerungen sind wie auch zuvor von Pausen, Verzögerungspartikeln, Turnabbrüchen und Parenthesen geprägt. Nach einiger Zeit unterbricht die Patientin den Therapeuten und fordert wie zuvor eine direkte Stellungnahme des Therapeuten ein („also zu deutsch dass ich mir den Rest einbilde;“, Z. 440/441). Mit ihrer Äußerung unterstellt sie dem Therapeuten, ohne dass dies tatsächlich an seinen Ausführungen festzumachen wäre, dass er sie als Hypochonderin bzw. Simulantin einschätzt. Diese massive Unterstellung seitens der Patientin ist vermutlich gerade auf die indirekte und ausweichende Qualität der Therapeutenäußerungen zurückzuführen: Je indirekter und vorsichtiger Äußerungen gestaltet werden, desto potentiell brisanter und gesichtsbedrohender sind sie für den Rezipienten (vgl. Bergmann 1992). Gerade in diesem spezifischen Setting sind die Patienten `auf der Hut´ und entwickeln ein seismographisches Gespür für mögliche Zweifel der Therapeuten an der Realität ihrer Beschwerden bzw. eine Sensibilität für die Kategorisierung als psychosomatisch. In dem vorliegenden Fall ist die Situation insofern besonders prekär, als die Patientin sich nicht nur gegen mögliche Zweifel des Therapeuten zur Wehr setzt, sondern den Therapeuten ausdrücklich als jemanden positioniert, der die Existenz ihrer körperlichen Beschwerden anzweifelt. Der Therapeut weist die von der Patientin vorgenommene Unterstellung explizit von sich und geht dazu über, erneut seine Position zu erklären (vgl. folgender Ausschnitt).

(1b) *Therapeut weist den Vorwurf „Einbildung der Beschwerden“ zurück*

444 (--)  
445 T: hm (--) ham sie das so verSTANden dass: ich das-  
446 P: so ÄHNlich jetzt [ja;  
447 T: [nee ÜberHAUPT nicht; (-)  
448 nee,=  
449 =ich HATte- h.  
450 P: es ist meist [ganz zum SCHLUSS immer,  
451 T: [ja,  
452 nein- h.  
453 also ich öh also ich GLAUbe (.) da (.) das  
454 möchte ich auch gerne KLARstellen;=  
455 =öh also ich: öh (---) öh (--) ich meine damit !NICHT!  
456 öh wo (wir) man (--) n beschwerdebild öh:: hat- (--)  
457 un da keine !UR!sache (-) so ohne weiteres findet mit  
458 unserer (.) diagnostik die uns zu verfügung steht=-  
459 =dass es dann (-) praktisch EINgebildet is (.) oder auch  
460 PSYchisch is;  
461 das mein ich NICH damit; h. (-)  
462 öhm (---) öh ich glaube zum beispiel dass: unsere  
463 diagnostik eben auch nicht: öh (---) alles  
464 diagnostiZIERen kann;  
465 verSTEHN sie=-  
466 =dass: öh da einfach grenzen geSETZT sind,=  
467 =un dass es eigentlich nich FAIR is zu sagen=-  
468 =weil man h. mit dieser (.) diagnostik die eben  
469 vielleicht auch noch nicht ALles erfassen kann- h.  
470 ähm=hm=NICHTS öh öh sagen=wer=mal gefunden hat was es  
471 E:INdeutig: erklärt, h.  
472 ähm (--) dann kann man nich irgendwie pauschal sagen das  
473 bildet sich der patient EIN;  
474 also EINbilden; (-)  
475 das fänd ich sowieso öh äußerst öh=-  
476 =also h. das könnt ich überhaupt nicht NACHvollziehn;=  
477 P: =hm=hm,  
478 T: ja halt so ne ÄUßerung;  
479 ich mein das bilden sie sich doch nicht EIN wenn [sie;  
480 P: [NÄ=h.-;  
481 T: wenn sie seit !JAHR!en: schmerzen haben und fürchterliche  
482 EINSchränkungen haben im leben;=  
483 =also ich MEIN=-

Nach einer kurzen Pause fragt der Therapeut nach, ob die Patientin seine Äußerungen als Ausdruck des Zweifels an ihren Beschwerden aufgefasst hat (Z. 445), was die Patientin dann, allerdings eingeschränkt, bestätigt (Z. 446). Der Therapeut weist dies erneut von sich (Z. 447/448), bricht seinen Turn aber zunächst ab. Die Patientin beruft sich auf ihre bisherigen Erfahrungen und begründet damit zugleich ihre Einschätzung der Therapeutenäußerung („es ist meist zum Schluss immer“, Z. 450). Der Therapeut erklärt daraufhin erneut seine Position (Z. 453-476). Da sein erster Reformulierungsanlauf (vgl. 1a) gescheitert ist, muss er nun zum zweiten Mal seine Einschätzung bezüglich des Krankheitsbildes der Patientin explizieren. Aufgrund der wiederholten Aufforderung der Patientin zu einer expliziten Stellungnahme bzw. aufgrund ihrer Unterstellung gerät der Therapeut in eine Rechtfertigungshaltung. Er weist zunächst die Unterstellung der Patientin zurück und macht explizit deutlich, dass er die

Patientin nicht als Simulantin einschätzt (Z. 452-461). Er greift dabei nicht nur die von der Patientin zur Sprache gebrachte Einbildung der Beschwerden auf, sondern erwähnt auch die Psyche und weist diese als mögliche Ursache zurück (Z. 459/460). Es ist zu vermuten, dass er damit weitere mögliche Befürchtungen der Patientin zur Sprache bringt und damit gleichzeitig antizipatorisch entkräftet. Allerdings wird mit dem spezifischen Turnformat impliziert, dass Einbildung und psychische Ursachen in eine (ähnliche) Kategorie gehören. Im Anschluss weist der Therapeut darauf hin, dass die existierende Diagnostik nicht in der Lage ist, alle Krankheitsbilder angemessen zu erfassen (Z. 462-464) und reformuliert daraufhin noch einmal seine ursprünglichen Erläuterungen (Z. 467-476). Es ist auffällig, dass die Patientin den Redebeitrag des Therapeuten nicht einmal mit minimalen Hörsignalen unterstützt. Wie die in Abschnitt (1a) dargestellte Erklärung bleiben auch diese erneuten Erläuterungen des Therapeuten relativ diffus. Seine Ausführungen sind aufgrund der Reformulierungen und verschiedener syntaktischer Konstruktionen (z.B. Relativsätze: „mit unserer Diagnostik, *die uns zur Verfügung steht*“ (Z. 458) oder nachgeschobene Konsekutivsätze: „dass unsere Diagnostik eben auch nicht alles diagnostizieren kann; verstehn sie- *dass da einfach Grenzen gesetzt sind*“, Z. 462-466) komplex gestaltet. Auch durch die Vielzahl von Modalisierungen (z.B. „dass es *eigentlich* nich fair is zu sagen“, Z. 467, „dann kann man nich *irgendwie* pauschal sagen“, Z.472) bleiben die Äußerungen des Therapeuten kompliziert und relativ unbestimmt. Als der Therapeut zu einer erneuten Reformulierung ansetzt (Z. 483) unterbricht die Patientin ihn und verweist auf die Sichtbarkeit ihrer Beschwerden (vgl. folgender Ausschnitt).

(1c) *Patientin weist eine Einbildung ihrer Beschwerden zurück*

484 P: =und vor allen dingen wenn ich !ES!se un das (-) äh  
485 [EIN(gebildet);=  
486 T: [das is JA;  
487 ja-  
488 P: un das MUSS ich jetzt dazu sagen;  
489 EIN glück dass man das ge[SEHN hat;  
490 T: [hm:-  
491 (---)  
492 P: dass man das WIRKlich==  
493 =dass die schwestern das (---) WIRKlich (-) selber auch geSEHN  
494 haben dass ich durchfall hab==  
495 T: =[ja;  
496 P: [ja;  
497 (-)  
498 P: das is wie ( ),=  
499 T: =ja das ham die schwestern EINdeutig: öh;  
500 P: un dass: (.) dass das (-) !NACH! [dem essen [passiert,=  
501 T: [hm=hm; [absolut;=  
502 P: =[dass das AUCH gesehn wurde,  
503 T: =[absolut ja=a,  
504 ja=[a;  
505 P: [un das is für MICH (--) beruhigend;  
506 (--)

507 un dass das WEIterge[geben wurde dem arzt?  
 508 T: [hm-  
 509 T: ja;  
 510 (-)  
 511 P: das is für mich [AUCH beruhigend zu wissen,  
 512 T: [hm=hm-  
 513 T: ABsolut;  
 514 ja;  
 515 P: man GLAUBT mir;  
 516 T: ich mein sie=öh sie sprechen da glaub ich auch ne theMATik  
 517 an dass sie öfters mal so das gefühl hatten dass man ihnen eben  
 518 [!NICHT! glaubt;=  
 519 P: [ja das STIMMT==  
 520 T: =ja,  
 521 P: das hab ich schon DURCH;  
 522 T: hm=hm,

Die Patientin macht darauf aufmerksam, dass ihre Durchfallbeschwerden in einem kausalen und zeitlichen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme stehen und verweist damit auch auf ihre organische Krankheitsüberzeugung. Sie weist nachdrücklich darauf hin, dass diese direkte Kausalität auch für die Krankenschwestern sichtbar war (Z. 492-502). Mit dem Verweis auf diese 'Zeugenschaft' wird der (von der Patientin selbst konstruierte) Vorwurf der Einbildung zurückgewiesen und die Beschwerden werden legitimiert. Die Patientin erklärt, dass es für sie beruhigend ist, dass man ihr glaubt (Z.505, 511/515). Indem sie den Vorwurf der Einbildung zurückweist und ihre Glaubwürdigkeit unterstreicht, reetabliert sie den von ihr unterstellten Vorwurf des Therapeuten, da eine explizite Zurückweisung und die Bezugnahme auf positive Evidenzen nur dann erforderlich ist, wenn das Gegenüber Zweifel an der Glaubwürdigkeit des anderen hat. Der Therapeut spricht das Thema 'Glaubwürdigkeit' explizit an und fordert die Patientin, wenn auch indirekt, dazu auf, ihre früheren diesbezüglichen Erfahrungen zu schildern (Z. 516-518).

*Die Patientin schildert daraufhin einen früheren eintägigen Krankenhausaufenthalt. Sie wurde damals entlassen, ohne dass die von ihr für notwendig empfundenen medizinischen Maßnahmen ergriffen wurden. Der Therapeut nennt eine weitere Situation, in der die Glaubwürdigkeit der Patientin angezweifelt und ihr sogar vorgeworfen wurde, ihre körperlichen Beschwerden zu manipulieren (vgl. dazu die Ausführungen zu der ersten Sitzung). Die Patientin weist jedoch einen Zusammenhang von ihren damaligen und ihren aktuellen Beschwerden zurück.*

Daraufhin setzt der Therapeut zu einem längeren Redebeitrag an, in dem er erneut seine Einschätzung der Erkrankung der Patientin schildert und den Vorwurf einer Einbildung explizit zurückweist (vgl. die nachfolgenden beiden Transkriptausschnitte).

(2) *Therapeut weist erneut den Vorwurf „Einbildung der Beschwerden“ zurück*

569 T: h. aber ich glaube das is n ganz wichtiger PUNKT;  
570 also dass sie h. (-) öh bei MIR solche befürchtungen;=  
571 =also das möcht ich ihnen auch (-) einfach ganz explizit  
572 Sagen;=  
573 =dass ich also überhaupt; h.  
574 öhm: (.) also das läge mir !FERN! öhm (.) ihnen da zu  
575 unterstellen dass sie sich sowas EINbilden;=  
576 P: =hm=[hm,  
577 T: [ja,=  
578 =oder auch solche h. einfachen ZUordnungen;=  
579 =darum GEHT es mir eigentlich nicht wenn ich ihnen das  
580 nochmal erKLÄren darf; h.  
581 also (.) ehm (.) ich seh halt (---) EINen (1.22) !EI!nen  
582 schwerpunkt seh ich halt; (-)  
583 ich seh es halt HÄUfig;  
584 sagen=wers mal SO dass: öh unsere h. (--) hm medizin  
585 eben: (.) durchaus nicht alles KLÄren kann; (-)  
586 un das is halt (--) ziemlich offen (.) woran das dann  
587 LIEGT;=  
588 =und- h. (.) öh mich interesSIERT [natürlich-  
589 P: [und wo werd ich dann  
590 HINGeschickt wenn das medizinisch nich alles: (-) aufgeklärt  
591 werden kann?  
592 T: hm=hm;  
593 P: letztENDlich die öh:; (-)  
594 heißt ja wieder (1.32) psychosoMATisch;  
595 T: <<p> hm=hm>,

Der Therapeut hält den Vorwurf der Patientin offensichtlich weiterhin für bearbeitungswürdig und weist ihn erneut explizit zurück (Z. 569-575). Wie bereits zuvor (vgl. 1b) weist er im Anschluss auf die Grenzen der medizinischen Diagnostik und die sich dadurch ergebenden diagnostischen Leerstellen hin (Z. 577-587). Wie seine vorangegangenen Ausführungen sind auch diese Erläuterungen massiv von Dispräferenzmarkierungen geprägt. Die Patientin unterbricht ihn und stellt ihm eine rhetorische Frage („und wo werd ich dann hingeschickt, wenn das medizinisch nicht alles aufgeklärt werden kann“, Z. 589-590). Ihr geht es nicht darum, die Defizite der Diagnostik bzw. die Einstellung des Therapeuten zu diskutieren. Sie hebt vielmehr auf die mögliche institutionelle Konsequenz ab, die aufgrund ihrer biomedizinisch nicht zu erfassenden Beschwerden eintreten könnte. Da der Therapeut ihre Frage nur minimal mit einem Hörsignal quittiert, beantwortet die Patientin ihre Frage selbst („letztendlich heißt ja wieder psychosomatisch“, Z. 593/594). Damit wird die in ihrer Frage zuvor nur angedeutete Sorge manifest: Die Patientin befürchtet aufgrund ihrer für eine Operation möglicherweise nicht ausreichenden Organbefunde als psychosomatisch kategorisiert und dementsprechend therapiert zu werden. Ihre Äußerung macht deutlich, dass (für sie) „psychosomatisch“ innerhalb des medizinischen Versorgungssystems eine Restkategorie darstellt. Letztendlich spricht sie mit dieser Sorge genau die (institutionelle) Logik an, die der Therapeut zuvor in immer neuen



seine Erläuterungen prospektiv als „Überlegung“ (Z. 598) und stuft damit in gewisser Weise auch die Gültigkeit seiner nachfolgenden Äußerungen zurück. Er bezieht sich dann auf das „Kernproblem“ der Patientin, das allerdings erst nach mehreren Reparaturen und Parenthesen konkret benannt wird („das wären also ihre körperlichen Beschwerden und ihre Erkrankung“, Z. 608/609). Zunächst erklärt er, dass dieses Kernproblem lösbar ist, anschließend repariert er diese Aussage allerdings zweimal, so dass seine ursprüngliche Aussage fast ins Gegenteil verkehrt wird (Z. 599-603). In seiner folgenden Äußerung (Z. 605-609) identifiziert er die körperlichen Beschwerden der Patientin als das zentrale Problem. Damit gesteht er der Patientin ausdrücklich die Legitimität ihrer Beschwerden zu und unterstreicht ihre Glaubwürdigkeit. Im Anschluss bezieht er sich jedoch auf weitere mögliche psychische bzw. psychosoziale Belastungen, die er mit der Patientin in den Gesprächen bearbeiten kann (Z. 610-614). Die Belastungen werden jedoch nicht explizit benannt, sondern werden als „kleinere Probleme“ paraphrasiert, die sich um das Kernproblem „drumrum gruppieren“ (Z. 610/611). Der Therapeut versucht ganz offensichtlich zu vermeiden, die Patientin auch nur annähernd als psychosomatisch zu kategorisieren. Im Anschluss weist er, bereits zum dritten Mal, den Vorwurf der Patientin zurück, ihr eine Einbildung ihrer Beschwerden zu unterstellen (Z. 615-627) (vgl. 1b, 2). Wie auch zuvor nennt er psychische Ursachen und eine Einbildung der Beschwerden quasi `in einem Atemzug` (Z. 615-619). Zwar wird die „psychische Verursachung“ auf syntaktischer Ebene durch „oder“ von der „Einbildung“ abgegrenzt, allerdings wird allein durch das direkte Aufeinanderfolgen beider Symptomauslöser suggeriert, dass sie einer Kategorie angehören. Die weiteren Ausführungen des Therapeuten hinsichtlich eines `Einbildungs-Vorwurfs` sind erwähnenswert (Z. 620-627): Gerade die Unterstellung der Patientin, der Therapeut halte ihre Beschwerden für eingebildet (vgl. 1a), hat die langen Rechtfertigungs- und Reparatursequenzen des Therapeuten initiiert. Der Therapeut markiert nun aber diesen Vorwurf als `neu`: Er verwendet den Konjunktiv, um die durch einen solchen Vorwurf ausgelöste Demütigung der Patientin als Möglichkeit zu charakterisieren („was ja ein ganz [...] schlimmer Vorwurf eigentlich *sein müsste*“, Z. 619-623, „wenn man ihnen das so *sagen würde*“, Z. 624). Wie auch während den vorangegangenen therapeutischen Redebeiträgen verweigert die Patientin dem Therapeuten ihre interaktive Unterstützung durch Rezipientensignale. Sie geht dann allerdings vehement auf den Vorwurf der Einbildung ein (Z. 628-648) und übernimmt dabei den von dem Therapeuten etablierten Konjunktiv. Sie charakterisiert einen solchen (möglichen) Vorwurf zunächst als „gemein“ (Z. 632) und erklärt dann, dass sie diesen Vorwurf nicht akzeptieren würde (Z. 635). Sie begründet ihre Position mit ihrem Wissen darüber, dass ihre Beschwerden mit der Nahrungsaufnahme zusammenhängen und weist eine psychische Ursache

ihrer Beschwerden explizit zurück (Z. 637-643). Die Patientin setzt in ihrem Beitrag 'Einbildung' und psychische Ursachen gleich. Möglich ist, dass der Therapeut durch seine zuvor implizit hergestellte Verbindung von Einbildung und psychischen Auslösern diese Gleichsetzung provoziert hat. Dies kann jedoch anhand der Daten nicht eindeutig entschieden werden.

*Es schließt sich eine Sequenz an, in der die Patientin erneut erklärt, dass es für sie beruhigend ist, dass auch die Krankenschwestern einen direkten Zusammenhang der Nahrungsaufnahme und der körperlichen Beschwerden festgestellt haben. Im weiteren Verlauf schildert die Patientin verschiedene negative Krankenhauserfahrungen und ihre skeptische Einstellung gegenüber Ärzten.*

Dritte Sitzung: (Länge der Aufnahme: 59:17 min)

Auch die dritte Sitzung ist von der Aushandlung über die Operation geprägt. Weitere Schwerpunkte sind das Angebot des Therapeuten, die Patientin psychosozial zu entlasten und sein Vorschlag an die Patientin ein Symptomtagebuch zu führen, die von der Patientin jeweils kategorisch abgelehnt werden.

*Zunächst schildert die Patientin auf Aufforderung des Therapeuten ihre Beschwerden (Durchfall, Krämpfe, Erbrechen und daraus resultierendes Schwächegefühl) und bringt ihre Verzweiflung zum Ausdruck („ich weiß nimmer was ich machen soll“). Daran schließt sich eine längere von dem Therapeuten initiierte Sequenz über die eventuell nicht durchgeführte Operation an, in der der Therapeut auch seine eigenen Zweifel an der Operation deutlich macht. Die Patientin fordert eine Operation ein („man kann mich doch nicht einfach [...] wenn da die Entscheidung gefallen ist, nach Hause schicken, das [...] geht nich“) und schildert in diesem Zusammenhang mehrfach ihre Beschwerden und die sich daraus ergebenden Beeinträchtigungen und betont die Pathologie ihrer Beschwerden („es stimmt was nicht“, „das darf doch normalerweise nicht sein“), die Operation ist ihre „letzte Hoffnung“. Der Therapeut verweist auf die Möglichkeit, im Rahmen der Gespräche eine gewisse Unterstützung zu erfahren. Er schränkt den Nutzen der Gespräche allerdings ein, indem er darauf verweist, dass ihm „auch klar“ sei, dass „es jetzt vielleicht nich unbedingt so ohne Weiteres ihr Problem lösen kann“. Er bietet der Patientin an, mit ihr über eine mögliche negative Entscheidung hinsichtlich einer Operation und die dadurch für sie entstehenden Konsequenzen zu sprechen. Die Patientin äußert daraufhin, dass sie ihr familiäres Leben mit dieser Erkrankung nicht weiter bewältigen könnte und beschreibt, zum Teil mit Extremformulierungen, wie ihr Leben ohne eine effektive medizinische Maßnahme weiter verlaufen würde.*

Obwohl die Patientin bereits geschildert hat, wie sie ihr Leben ohne eine Operation einschätzt, bittet der Therapeut sie, sich vorzustellen, was passieren könnte, wenn von einer Operation abgeraten würde. Er nennt anschließend einige Belastungen, die sich als Folge der Erkrankung ergeben, und fragt die Patientin, ob es eventuell Möglichkeiten gäbe, sie im Hinblick auf diese sekundären Krankheitsbelastungen zu unterstützen. Dieser Redebeitrag sowie die Reaktion der Patientin darauf werden anhand des folgenden Transkripts dargestellt:

*(3) Therapeut bietet der Patientin psychosoziale Entlastung an → Patientin lehnt eine solche Entlastung ab*

901 T: ich mein MANCHmal is es ja so=-  
902 es gibt (--) sagen=wir=mal die (.) die HAUPTproblematik=-  
903 =das is ihre KÖRperliche (-) beschwerdesymptomatik die (---)  
904 eben mit !GRO!ßen großen beeinträchtigungen einhergeht,=  
905 =<<p> das is ja wirklich> sagen=wir=mal der der der WICHTigste  
906 (-) kernbereich (.) um den es geht,=  
907 =aber h. es gibt ja (-) TROTZdem au noch so belastungen drum RUM  
908 die sich öh als FOLge sozusagen einer solchen erkrankung h. eben  
909 auch: herausbilden;=  
910 =und- (--)  
911 ich mein n PAAR dinge ham sie ja schon (--) schon ANgesprochen-  
912 also- h. (-)  
913 das eine wäre ja zum beispiel dass sie (.) gar nich (-) wissen  
914 wie sie die ARbeit schaffen sollen;  
915 ja?  
916 daHEIM; (-) h. (-)  
917 ZWEIter punkt (-) der mir aufgefallen is is (-) is so dass sie  
918 (--) öh (-) glaub ich (---) öh: sagen=wir=mal (-) die  
919 situation auch vor !ÄRZ!ten wo sie ja hilfe suchen;  
920 h. da v:ielleicht verKANNT zu werden=-  
921 =richtig- (-)  
922 öh dass man ihnen das vielleicht nicht !GLAUBT! mit den  
923 beschwerden;  
924 =und so weiter; h. (-)  
925 auch !DAS! stell ich mir als ne schlimme belastung vor;=  
926 also so hab ich das zumindest emPFUNden; h. (--)  
927 und (---) vielleicht gibt=s noch MEHR öh: (.) punkte die (.) die  
928 eben (--) zu so einem krankheitsgeschehen auch daZUKommen; h.  
929 und öh (-) das würde mich eben interesSIERen oh=äh (.) wie sie  
930 das (au) EINSchätzen und ob=s da öh: aus ihrer sicht eben auch  
931 (.) möglichkeiten gäbe (---) sie zu unterSTÜTZen (.) <<p> un  
932 ihnen zu HELfen>;  
933 (1.65)  
934 P: <<pp>(WÜSST ich jetzt nich)>-  
935 (4.60)  
936 ((Fehler auf dem Band))  
937 (---)  
938 T: gut-((lacht lautlos))  
939 (--)  
940 P: <<p>( )>-  
941 T: ja- (-) ((lacht))  
942 (1.60)  
943 P: <<p> ich: wüsste WIRKlich nich jetzt>;  
944 (2.10)  
945 P: ich hab keinen der mir (---) RATschläge gibt oder;  
946 mit ratschlägen is mir nicht geHOLfen-  
947 (1.90)  
948 P: das: (--) das problem dadrin im bauch kann man mir nich mit  
949 RATschläge helfen-

950 (1.45)  
 951 P: das HÄNGT-=  
 952 =un; (1.15)  
 953 da kann man mir nich mit guten RATSchlägen helfen;  
 954 das geht dadurch nicht WEG,  
 955 (-)  
 956 T: h. ja aber [(vielleicht) HAT=s ja auch-  
 957 P: [oder wenn ich KRÄMPfe hab un sitz auf toiLEtTe,  
 958 (1.30)  
 959 P: <<weinerlich> geht das durch gute ratschläge nich WEG>;

Wie in der zweiten Sitzung vermeidet der Therapeut es auch hier ganz offensichtlich, auf psychosomatische Zusammenhänge einzugehen. Wie zuvor (vgl. 2a) stellt er die körperlichen Beschwerden der Patientin als „Kernbereich“ dar (Z. 906) und charakterisiert die psychosozialen Belastungen als „so Belastungen drum rum“ (Z. 907). Anders als in der zweiten Sitzung qualifiziert er diese Belastungen explizit als Folge der körperlichen Beschwerden. (Z. 908). Auch nennt er zwei konkrete Belastungssituationen (die Arbeitsbelastung zuhause, Z. 913/914 und das Problem, von den Ärzten nicht ernst genommen zu werden, Z. 917-923), die er mit einem Rückbezug explizit als von der Patientin selbst zur Verfügung gestellte Problembereiche charakterisiert (Z. 911). Er bietet ihr wie bereits mehrfach zuvor Unterstützung an bzw. fordert die Patientin dazu auf, ihre eigene Position bezüglich einer Unterstützung deutlich zu machen. Dabei wird der Hinweis auf eine `psychotherapeutische` Hilfestellung explizit vermieden. Bemerkenswert ist, dass sich der Therapeut auch in der dritten Sitzung noch darum bemüht bzw. bemühen muss, ein Arbeitsbündnis mit der Patientin herzustellen und sie für ein offenes Gespräch über psychosoziale Belastungen zu gewinnen. Dies zeigt deutlich, dass er die Gespräche bisher nicht als befriedigend oder zielführend empfindet. Die Patientin lehnt das Angebot des Therapeuten jedoch sehr direkt ab (Z. 934), woraufhin der Therapeut nach einer relativ langen Pause (Z. 935) lediglich mit minimalen Rückmeldungen und einem hilflosen Lachen reagiert (Z. 938; 941). Da er sich nicht weiter zu den Ablehnungen der Patientin äußert, expliziert und reformuliert diese mehrfach ihren Standpunkt (Z. 943; 945/946; 953/954). Sie lehnt eine Unterstützung mit der Begründung darauf ab, dass ihre Bauchbeschwerden nicht durch „Ratschläge“ behoben werden können. Obwohl der Therapeut sich in seinem Gesprächsangebot ausdrücklich auf die „Probleme drum rum“ bezogen und die körperlichen Beschwerden ausgeklammert hat, setzt die Patientin ihre Bauchbeschwerden relevant und behandelt damit die von dem Therapeuten angesprochenen psychosozialen Belastungen als unerheblich. Mit ihrer direkten Ablehnung zweifelt die Patientin die Bedeutung der aktuellen Gespräche an und führt sie letztlich ad absurdum. Als der Therapeut dazu ansetzt, seinen Standpunkt zu erläutern bzw. der Patientin zu widersprechen (Z. 956) unterbricht die

Patientin ihn und verweist erneut darauf, dass ihre Beschwerden „durch gute Ratschläge nicht weg[gehen]“ (Z. 957/959).

*Der Therapeut rechtfertigt das von ihm angesprochene Szenario einer eventuell nicht durchgeführten Operation damit, dass er der Patientin die Angst vor einer solchen Möglichkeit nehmen möchte. Es folgt eine längere Aushandlung darüber, wie eine psychosoziale Unterstützung aussehen könnte bzw. ob die Patientin überhaupt eine solche Unterstützung benötigt. Auf die Frage des Therapeuten, wie eine solche Hilfestellung aussehen könnte, erklärt die Patientin mehrfach, dies nicht zu wissen. Daraufhin nennt der Therapeut explizit eine mögliche Unterstützung im Haushalt und fordert die Patientin dazu auf, sich bis zu der nächsten Sitzung zu überlegen, in welchen Bereichen sie sich eine konkrete Hilfestellung vorstellen könne. Anschließend fragt er die Patientin, ob sie ein Symptomtagebuch führen möchte, in dem dokumentiert werden kann, in welchen Situationen die Beschwerden auftreten und von welchen Faktoren sie abhängig sein könnten. Diese Frage initiiert eine längere Aushandlung. Die Patientin lehnt das Angebot des Therapeuten zunächst mit der Begründung ab, solche möglichen Abhängigkeiten nicht dokumentieren zu müssen, da sie weiß, dass ihre Beschwerden ausschließlich von der Nahrungsaufnahme herrühren. Anschließend zählt sie Situationen auf, die nicht mit den Beschwerden in Zusammenhang gebracht werden können (Saubermachen, Rausgehen, Fahrradfahren)<sup>105</sup>. Der Therapeut versucht dennoch, sie von der Relevanz eines Symptomtagebuchs zu überzeugen. Er stuft dabei jedoch den Nutzen des Symptomtagebuchs herunter, um auf die Bedenken der Patientin einzugehen und unterminiert damit zugleich die Notwendigkeit eines solchen Tagebuchs („also ich sehe da zumindest vielleicht keine große Chance-ich mein das is ja klar; aber ich seh da zumindest ne gewisse Chance“; „nich unbedingt dass man weltbewegende Dinge bewegen kann“; „das kann auch sein, das da nichts dabei herauskommt“).*

Die Patientin erklärt, dass es ihr reicht, darüber zu reden, woraufhin der Therapeut erneut dazu ansetzt, seine Einstellung zu begründen. Daran schließt sich eine lange Aushandlung an, die im Folgenden an einem in vier Abschnitten unterteilten Transkript ausführlicher analysiert wird.

---

<sup>105</sup> Eine ausführliche Analyse dieser Sequenz findet sich als Beispiel (8) in Kapitel 6.2.

*(4) Therapeut setzt dazu an, das Führen eines Symptomtagebuchs zu begründen → Patientin unterbricht ihn und wirft ihm seine negative Sichtweise vor*

1292 T: <<pp> ja>- h.  
1293 ich mein (-) die (.) die HOFFnung wäre son bisschen dabei (--)  
1294 öhm --) dass man eben (-) ihren FUNKtionellen sch=  
1295 also (-) wir gehn jetzt mal davon AUS? (1.30)  
1296 <<p> vom vom> (---) für sie UNgünstigsten fall,  
1297 den wir natürlich auch nich WISSen, h.  
1298 öh dass: (.) die untersuchung keinen eindeutigen befund öh öh  
1299 erBRINGT?  
1300 [der (.) h. DER-  
1301 P: [ich öh müsste ma kurz unter[BRECHen==  
1302 T: [ja;  
1303 P: =ich MEIN (-) ich- (---)  
1304 (was sie ) nehm ich an dass sie (.) schon (-) MEHR  
1305 drüber [wissen?  
1306 T: [<<p> hm=hm>,  
1307 [!NEIN! ich weiß überHAUPT nich mehr <<sehr leise>[( )>;  
1308 P: [nee ich=s FRAG nur;=  
1309 T: =hm=hm,  
1310 P: weil [sie=s-  
1311 T: [NEE ich mein das war jetzt mein EINdruck öhm- (-)  
1312 mein eidruck is (-) is DER dass öh (---) öh dass man (--)  
1313 eifach SORge hat: öh ob man ihnen damit wirklich damit HELfen  
1314 kann; ja? h.  
1315 und [öh also sie müsst-  
1316 P: [aber man muss doch das auch mal POSitiv mal==  
1317 [es heißt doch immer man muss die sachen [POSitiv sehn;  
1318 T: [<<p> hm>- [hm=hm;  
1319 T: <<p> das STIMMT>-  
1320 <<pp> (ja da ham [sie RECHT)>-  
1321 P: [aber SIE sehn=s dann immer nur von der  
1322 SCHLECHten seite; (--)  
1323 es KÖNNte es KÖNNte so ausgehn==  
1324 =es KÖNNte so ausg- h.  
1325 aber man kann das doch mal von der POSitiven seite sehn;  
1326 dass mir vielleicht dann (---) ge!HOL!fen wird- (-)  
1327 dass es mir GUT geht (.) vielleicht- (-) h.  
1328 T: [( )-  
1329 P: [ich mein GUT es steht nich:t HUNdertprozendig;  
1330 ist (.) aber, (--)  
1331 es heißt immer h. man soll die sachen [POSitiv angehen;  
1332 T: [hm=hm,  
1333 P: aber (-) so wie ich das jetzt von !MEI!ner sicht sehe (---) sehn  
1334 sie=s immer nur von der (-) NEGativen [seite indem sie sagen,  
1335 T: [hm=hm,  
1336 (---)  
1337 P: sehn ma=s mal so dass es (-) NICHT gemacht wird und dass es  
1338 (-- ) ihnen SCHLECHT geht danach; (--)  
1339 das is im grunde=genommen AUCh ne verkehrte einstellung-

Der Therapeut setzt dazu an, den Nutzen eines Symptomtagebuchs zu begründen (Z. 1293/1294). Er bricht diesen Beitrag jedoch ab und verweist auf den hypothetischen Fall, dass die Untersuchungen ohne eindeutige Ergebnisse verlaufen, den er explizit als eine Möglichkeit hervorhebt (Z. 1297). Die Patientin unterbricht ihn mit der Vermutung, dass er mehr über die Entscheidung über eine Operation weiß, als er ihr mitteilt (Z. 1301-1305). Damit unterstellt sie dem Therapeuten auch, dass er ihr eine für sie eventuell relevante Information vor-

enthält. Ihr Verdacht ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass der Therapeut mehrfach die Möglichkeit angesprochen hat, dass sich die behandelnden Ärzte gegen eine Operation entscheiden könnten. Er hat wiederholt ein solches Szenario konstruiert und dieses Thema insistent verfolgt. Der Therapeut weist die Vermutung der Patientin ausdrücklich zurück (Z. 1307) und begründet sein Vorgehen mit der Unsicherheit der Ärzte bezüglich einer Operation (Z. 1311-1314). Indem er sich explizit auf seinen „Eindruck“ beruft (Z. 1311/1312), weist er den Verdacht von sich, über tatsächliches Wissen hinsichtlich der Operation zu verfügen. Die Patientin unterbricht ihn erneut und fordert eine positive Einstellung gegenüber der Operation ein (Z. 1316/1317). Der Therapeut stimmt ihrer Beurteilung zu (Z. 1320/1321), wird aber von der Patientin wiederum unterbrochen (Z. 1321). Sie greift den Therapeuten direkt an und wirft ihm vor, ausschließlich „die schlechte Seite“ ihrer Situation zu betonen (Z.1322). Sie gibt anschließend die von dem Therapeuten geäußerten Befürchtungen in direkter Rede wieder („es könnte es könnte so ausgeh- es könnte so ausg-“, Z. 1323/1324) und macht mit dem Gebrauch des Konjunktivs zum einen deutlich, dass der Therapeut auf eine rein hypothetische Situation abhebt, zum anderen bringt sie durch die dreifache Wiederholung in einem quasi ikonischen Verhältnis zum Ausdruck, dass der Therapeut das Thema einer eventuell nicht durchgeführten Operation wiederholt anspricht. Die Patientin räumt zwar ein, dass eine Operation nicht „hundertprozentig“ feststeht (Z. 1329), sie besteht aber auf ihrer Forderung nach einer positiven Einstellung und hält ihren Vorwurf gegenüber dem Therapeuten aufrecht (Z. 1334; Z. 1339). Der Therapeut begründet daraufhin erneut sein Vorgehen:

*(4a) Therapeut begründet und rechtfertigt sein Vorgehen*

1340 T: h. (.) öhm (-) also ich find=s ich find=s positiv dass sie das  
1341 so=öh (-- ) öh so ANsprechen; h.  
1342 öhm: (.) der der GRUND warum ich: öhm (2.40) versuche das  
1343 gespräch in diese richtung h. jetzt mal (.) öh zu bringen- (--)  
1344 öh dass: öh dass is DER dass ich einfach sorge habe (-) dass  
1345 (-- ) dass sie=  
1346 =ich ich (-) ich möchte (.) würde mir WÜNschen dass sie (-- ) im  
1347 gewissen sinne VORbereitet (---) öh in so=n gespräch gehn  
1348 können;  
1349 ich glaube dass sie (-- ) hm logischerweise sehr viel ANGST  
1350 haben vor diesem gespräch weil sich da ja entSCHEIdungen h. äh  
1351 öh=öh (.) auch dann abspielen- h. (-)  
1352 und=s öh: ich hab (-) eben jetzt auch RAUSgehört dass: sie sich  
1353 das überhaupt nicht VORstellen können wie=s öh=öh wie=s daheim:  
1354 WEItergehen (-) könnte wenn: wenn da eben jetzt KEINE therapie  
1355 dabei (---) öh rauskommt die EINdeutig is (die sie)--ja?  
1356 und h. (-) öhm: (-) ich wollte einfach damit auch n bisschen  
1357 den verSUCH machen ihnen h. (-) öh n bisschen der angst n (.) n  
1358 stückweit <<p> öh=öh> zu NEHmen;  
1359 hm indem man (-- ) indem (-- ) man vielleicht auch überlegt dass  
1360 es eben !DOCH! trotzdem zwar keine speZIfischen aber (-- )  
1361 KLEINE schritte gibt h. die als hilfe eben TROTZdem möglich  
1362 sind;

1363 (-)  
 1364 T: ja?=  
 1365 =auch wenn es vielleicht nicht beFRIEdigend is;=  
 1366 =und-  
 1367 so dass sie vielleicht n h. (--) zumindest n (.) GANZ klein  
 1368 bisschen entspannter in dieses (--) gespräch oder in diesen  
 1369 prozess hiNEINgehn können;=  
 1370 =das=is eigentlich der wunsch der daHINtersteckt;  
 1371 also im grunde genommen nichts hh. (-) NEgativ ABlehnendes  
 1372 sondern h. der wunsch öhm dass sie (--) nicht das gefühl haben  
 1373 müssen (--) öhm sagen=wir=mal da hängt jetzt mein ganzes LEben  
 1374 dran;  
 1375 (--)  
 1376 T: <<p> ja>?  
 1377 sondern (-) dass sie AUCh sehn-  
 1378 <<p>IS (.) öh es is zwar> dann äh keine beFRIEdigende situation  
 1379 das is KLAR?  
 1380 h. (-) aber (-) es is auch keine situation (--) wo !Ü!berhaupt  
 1381 keine hilfe möglich is;=  
 1382 =<<p> ja>?  
 1383 (---)  
 1384 T: das war so (.) DAS is eigentlich mein anliegen (---)  
 1385 <<p> was dahinter steckt>;  
 1386 (1.30)

Wie bereits mehrfach zuvor gerät der Therapeut in eine Rechtfertigungshaltung und begründet in mehreren Anläufen sein Vorgehen. Die Reaktion der Patientin kann als `passiver Widerstand´ charakterisiert werden: Sie gibt keinerlei Rückmeldesignale, so dass der Therapeut seine Begründungen mehrfach reformulierend wiederholt, um eine Zustimmung der Patientin einzufordern. Der Therapeut betont zunächst, dass er die Offenheit der Patientin als positiv empfindet (Z. 1340/1341) und begründet dann seine Insistenz mit dem Wunsch, der Patientin die Angst vor den Gesprächen nehmen und ihr Hilfestellung anbieten zu wollen (Z. 1342-1362). Seine Äußerungen sind neben Turnabbrüchen, Pausen und Verzögerungssignalen auch durch Unsicherheitsmarkierungen sowie Heckenausdrücke gekennzeichnet (z.B. „ich wollte einfach damit auch *n bisschen den versuch machen* ihnen *n bisschen* der Angst *n stückweit* zu nehmen“, Z. 1356-1358, „indem man *vielleicht* auch überlegt“, Z. 1359). Da die Patientin darauf nicht reagiert, `recycelt´ der Therapeut seinen vorherigen Turn (Z. 1364-1374). Nachdem er eine zustimmungselizitierende `tag question´ produziert hat (Z. 1364) charakterisiert er sein Hilfsangebot als „vielleicht nicht befriedigend“ (Z. 1365) und äußert das Anliegen, der Patientin damit die Möglichkeit zu eröffnen „vielleicht zumindest *n ganz klein bisschen entspannter* in dieses Gespräch“ gehen zu können (Z. 1367-1369). Er weist anschließend den Vorwurf einer negativen Sichtweise explizit zurück und unterstreicht seinen Wunsch, der Patientin Alternativen aufzuzeigen, um ihr das Gefühl zu nehmen, ihr „ganzes Leben“ hänge von einer Operation ab (Z. 1371-1374). Auch auf diese Äußerung reagiert die Patientin nicht (Z. 1375), so dass der Therapeut erneut, wiederum eingeleitet mit einer `tag question´ (Z. 1376) sein Vorgehen begründet (Z. 1377-1381). Er leitet seine Äußerung erneut mit dem Verweis darauf

ein, dass die Situation der Patientin im Falle einer nicht durchgeführten Operation nicht „befriedigend“ ist (Z. 1378). Mit seinen wiederholten Einschränkungen und Modalisierungen, die er als Zugeständnis an die Patientin macht, disqualifiziert der Therapeut zugleich allerdings auch sich selbst und letztlich seine gesamte Intervention: Die Patientin besteht auf einer Operation, da sie hofft, dadurch bestenfalls beschwerdefrei zu werden. Indem der Therapeut seine eigenen alternativen Hilfsangebote wiederholt herunterstuft und als unzureichend qualifiziert, zeigt er eindeutig die Begrenztheit seiner eigenen Handlungsspielräume auf und verstärkt dadurch unter Umständen genau *die* Haltung der Patientin, die er zu entschärfen versucht. Da die Patientin auch auf diese Ausführungen nicht reagiert (Z. 1383), schließt der Therapeut seine Äußerung ab (Z. 1384/1385), woraufhin erneut eine Pause entsteht (Z. 1386). Die Patientin fordert in ihrem Folgebeitrag erneut eine positive Sichtweise ein:

*(4b) Patientin besteht auf einer positiven Sichtweise → Therapeut versucht erneut, seine Einstellung mit Bezugnahme auf das Krankheitsbild „Funktionsstörungen“ zu erläutern*

1387 P: ja wie geSAGT- (--)  
1388 wie ich gemeint hab man muss ja auch die sache ma POSitiv sehn,  
1389 (--)  
1390 P: dass vielleICHT die chance besteht dass man mir helfen  
1391 <<p> kann>;  
1392 T: h. (-) also ich GLAUbe (-) ähm (-- ) ich mein (-- ) es is KLAR  
1393 wenn==  
1394 P: =weil man (-) die mediZIN wo man [so sagt is heut schon so  
1395 T: [<<p> hm=hm>-  
1396 P: WEIT;  
1397 man hat doch so vielen schon hh. auch !WENN!=s um ne operatiOn  
1398 geht auch so vielen damit schon geHOLfen; (-)  
1399 un (-) es waren noch SCHWIERigere operationen vielleicht als  
1400 !DAS!- (---)  
1401 meins is doch bestimmt (-) zählt doch bestimmt unter (-) so ner  
1402 !KLEI!nen (-) hingegen zu andern: was ANdere haben; (---)  
1403 un (-) davon: sag ich mir vielleicht (.) HILFT das-  
1404 T: h. das (-- ) das proBLEM was (-) bestehen KÖNNte wäre (.) eben  
1405 dass dass sie IRgend a (.) aus IRgendeinem grund ne SCHWEre  
1406 funktionsstörung im magen darm bereich haben?  
1407 h. durch die SCHWEre dafür spricht auch diese  
1408 DRUCKempfindlich[keit weil das hh. weil das äh ziemlich gut  
1409 P: [des is alles (wie:)  
1410 T: auch untersucht ist dass öh SCHWEre funktionsstörungen eben zu  
1411 ner (-) eNORMen empfindlichkeit im magen darm bereich führen;=  
1412 =das is auch WISSenschaftlich recht gut untersucht-  
1413 hh. und ähm (-) m:an kann sich ja VORstellen also mit (-) (nem)  
1414 operativem h. (-) öh (.) vorgehn kann man unter umständen die  
1415 funktion nich unbedingt: gut (-) beEINflussen; (-)  
1416 es kann sogar das GEGenteil dabei rauskommen das is so hh. öh  
1417 der gedanke;  
1418 ja dass: sie aus (-) gründen die wir (.) nich verSTEHN aber hh.  
1419 (-) äh vielleicht ne GANZ schwere funktionsstörung in diesem  
1420 bereich eben HABen;  
1421 (--)  
1422 T: hh. (-- ) und: öh (-) wie gesagt es spricht n !BISS!chen dafür  
1423 dass eben das so empFINDlich is-  
1424 das is ja auch nich h. n nor!MAL!befund;=nich?=  
1425 n norMALbefund is: dass dass sie hier tief reindrücken können

1426 und h. und öh: gut wenn da einer n bisschen KITzelig dann sagt  
 1427 er [öh fängt er an zu LACHen;=  
 1428 P: [(es (.) könnte eigentlich kaum einer )-  
 1429 ja das is-  
 1430 T: =gell aber h. (-) öhm (-) es is (.) NICH normal (-) dass man  
 1431 hier reindrückt und [(.) nur LEICHT reindrückt und es tut (-)  
 1432 P: [ja es hat (-) SEHR weh getan-  
 1433 T: tut sehr WEH;  
 1434 P: <<p>(ja das stimmt)>-  
 1435 T: verSTEHN sie das is eben kein normALbefund;  
 1436 (2.10)

Die Patientin geht nicht auf die Begründung des Therapeuten ein, sondern betont erneut ihren Wunsch nach einer positiven Einstellung (Z. 1387/1388). Auf gesprächsorganisatorischer Ebene kann ihr Vorgehen als eine Variante des `skip-connecting` interpretiert werden (vgl. Sacks 1992). `Skip-connecting` liegt dann vor, wenn „[...] a speaker produces an utterance that is indeed related to some prior utterance, but it's not related to the directly prior utterance, but some utterance prior to the directly prior utterance“ (ibid: 349). Die Patientin ignoriert somit letztlich die vorangegangenen Äußerungen des Therapeuten und behandelt ihre Forderung nach einer positiven Einstellung als nach wie vor bearbeitungsbedürftig. Der Therapeut setzt dazu an, auf ihre Äußerung einzugehen, wird aber, wie bereits einige Male zuvor, von der Patientin unterbrochen (Z. 1394). Die Patientin begründet ihre Hoffnung auf eine Operation damit, dass die Medizin „heut schon weit ist“ und dass bereits „vielen“ mit einer Operation geholfen wurde (Z. 1394; 1397/1398). Diese Argumentation beinhaltet im Vergleich zu ihren vorangegangenen Beschwerdeschilderungen eine gewisse Paradoxie: Zuvor hat die Patientin immer wieder die Massivität ihrer Beschwerden geschildert und damit ihre Forderung nach einer Operation gerechtfertigt. Nun aber begründet sie ihre Hoffnung auf eine Operation damit, dass ihre Beschwerden eher zu den „kleinen“ zählen und daher sicherlich auch mit einer Operation zu beheben sind (Z. 1401/1402).

Die sich anschließende Argumentation des Therapeuten ist in mehreren Punkten problematisch. Er versucht, seine Skepsis hinsichtlich einer Operation damit zu begründen, dass die Patientin an einer Funktionsstörung leidet und eine Operation ihre Beschwerden möglicherweise sogar verstärken kann. Da er nicht näher erklärt, was Funktionsstörungen sind, bleibt seine Argumentation vage und unterminiert damit letztlich seine Erklärungen insofern, als er sie nicht von organischen Beschwerden abgrenzt, bei denen eine Operation indiziert sein kann. Möglich ist, dass er den Begriff deshalb nicht näher definiert, da mit dem Begriff `Funktionsstörungen` Beschwerden bezeichnet werden, die nicht auf organische Erkrankungen zurückgeführt werden können. Vielfach wird der Begriff tatsächlich auch synonym mit der Bezeich-

nung 'somatoforme Beschwerden' verwendet<sup>106</sup>. Eine solche Erklärung könnte der Argumentation des Therapeuten insofern entgegenlaufen, als er, wie sich auch im weiteren Verlauf zeigen wird (und wie sich bereits an den zuvor dargestellten Sequenzen gezeigt hat), darum bemüht ist, die Erwähnung möglicher psychosomatischer Zusammenhänge explizit zu vermeiden. Er macht ausdrücklich deutlich, dass die Gründe für die Beschwerden der Patientin unklar sind („dass sie [...] *aus irgendeinem Grund* ne schwere Funktionsstörung [...] haben“, Z. 1405/1406; „dass sie *aus Gründen die wir nich verstehn* [...] vielleicht ne ganz schwere Funktionsstörung [...] haben“, Z. 1418/1419).

Problematisch an der Argumentation des Therapeuten ist auch, dass er die Schmerzen der Patientin als Begründung für funktionelle Beschwerden und damit gegen eine Operation heranzieht. Um seine Aussagen zu untermauern und um gegen eine Operation zu argumentieren, weist er mehrfach darauf hin, dass der Zusammenhang von Funktionsstörungen und einer erhöhten Druckempfindlichkeit „ziemlich gut untersucht“ (Z. 1408-1410) bzw. „wissenschaftlich recht gut untersucht“ ist (Z. 1412). Es sind allerdings gerade Schmerzen (wenn auch nicht in erster Linie die durch das Abtasten hervorgerufenen Schmerzen), die die Patientin zu einer organischen Überzeugung ihrer Erkrankung und zu einer Forderung nach einer Operation veranlassen. Der Therapeut befindet sich auch insofern in einem Dilemma, als er einerseits die Schwere der Störungen betonen will, um die Glaubwürdigkeit der Patientin hervorzuheben (vgl. Z. 1406; 1419), andererseits aber begründen möchte, warum eine Operation unter Umständen sogar schädlich sein könnte. Ein weiteres Problem in seiner Argumentation besteht darin, dass er mehrfach äußert, dass die Druckempfindlichkeit keinen „Normalbefund“ darstellt bzw. „nich normal“ ist (Z. 1424; 1425; 1430). Dies spricht dafür, dass etwas nicht in Ordnung ist, widerlegt aber nicht die Notwendigkeit einer Operation. Es kann im Gegenteil, aus laienmedizinischer Sicht, sogar eher *für* die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs sprechen. Genau dieser Verweis auf die Anormalität der Beschwerden bzw. auch der Hinweis auf die Stärke der Schmerzen veranlasst die Patientin dazu, die Stärke ihrer Beschwerden zu bestätigen (Z. 1433; 1435) und, wie sich im folgenden Ausschnitt zeigt, auf einer organischen Ursache ihrer Beschwerden zu bestehen.

(4c) *Patientin besteht auf einer organischen Krankheitsüberzeugung → Therapeut versucht erneut, das Krankheitsbild „Funktionsstörungen“ zu erklären*

1437 P: ja aber dann MUSS doch irgendwo da noch ne entzündung herrschen  
 1438 wenn das so schmerzt wenn man dann <<p> des>, (--)  
 1439 dass (.) jetzt der chiRURG wo der abgetastet hat hh. das  
 1440 HÖllisch weh getan <<p>(hat)>; (--)

<sup>106</sup> Vgl. Kapitel 2

1441 die stelle also von hier Oben bis: in den bereich in den bauch;  
1442 T: h[h. also (--) entzündungen (---) können zum beispiel (.)  
1443 P: [((schnieft)) (-) da MUSS doch ( )-  
1444 T: solche schweren funktionsstörungen verURsachen;=  
1445 =ja das (.) kennen sie zum beispiel bei der magenDARMgrip  
1446 [pe;=  
1447 P: [ <<p> ja>-  
1448 T: =ja das tut (.) [sehr WEH,  
1449 P: [((schnieft))  
1450 T: sie ham DURCHfälle-  
1451 h. und es is sehr DRUCKempfindlich auch;=ja,  
1452 hh. (-) öhm soweit ich jetzt öh (.) öh orientiert bin was die  
1453 beFUNde anbelangt h. ähm (.) is ne entzündung in DEM sinne (.)  
1454 wie das bei ner magendarm (.) grippe h. der fall ist NICH  
1455 gefunden worden;=<<p>(ne)>,

Die Patientin beruft sich in ihrem Folgebeitrag auf die Argumentation des Therapeuten und dreht sie für ihre eigene Argumentation um: Eingeleitet mit einer `ja aber'-Konstruktion begründet sie ihre organische Krankheitsüberzeugung (eine Entzündung) mit dem Verweis auf die Massivität ihrer Schmerzen (Z. 1437-1441), mit dem der Therapeut zuvor gegen eine organische Ursache der Beschwerden argumentiert hat. Der Therapeut erklärt, dass Funktionsstörungen durch Entzündungen hervorgerufen werden können und nennt als Beispiel für eine solche Entzündung eine Magen-Darm-Grippe, die „sehr weh“ tut (Z. 1443-1449). Es bleibt unklar, worauf genau er sich mit dem `Grippe-Beispiel' bezieht und es zeigt sich, dass dieses Beispiel für seine Argumentation dysfunktional ist: In seinem Folgeturn disqualifiziert der Therapeut sein Beispiel, indem er darauf hinweist, dass bei der Patientin gerade keine Magen-darmgrippe vorliegt (Z. 1453-1455). Bemerkenswert ist seine einleitende Formulierung „soweit ich jetzt orientiert bin“ (Z. 1453). Für seine Argumentation wäre eine den Faktizitätsanspruch heraufstufende Formulierung sinnvoll, um die Eindeutigkeit des Befundes zu untermauern. Der Therapeut befindet sich jedoch in einem Dilemma, da er zuvor mehrfach betont hat, für die „gesprächliche Seite“ zuständig zu sein und die medizinischen Behandlungs- und Entscheidungsprozesse den behandelnden Ärzten überlassen zu wollen.

*Die Patientin hält den Äußerungen des Therapeuten (Z. 1452-1455) entgegen, dass bei einer Magenspiegelung eine Entzündung festgestellt wurde. Der Therapeut bestätigt dies und weist darauf hin, dass die Patientin bereits ein Medikament gegen diese Entzündung verschrieben bekommen hat. Er setzt dazu an, neue Gesprächstermine zu vereinbaren und initiiert damit den ersten von mehreren Gesprächsbeendigungsversuchen, die daran scheitern, dass die Patientin den Therapeuten mehrfach auf eine mögliche weitere Ultraschalluntersuchung und auf die weiteren Entscheidungen bezüglich einer Operation anspricht und ihn darum bittet, nach älteren Befunden zu recherchieren, was jeweils längere Bearbeitungssequenzen auslöst.*

#### 4. Sitzung: (Länge der Aufnahme: 1 Stunde, 2 min)

Auch noch in der vierten Sitzung wird der Nutzen einer Operation diskutiert, und der Therapeut arbeitet nach wie vor daran, der Patientin Hilfestellung anzubieten. Die Patientin weist die Notwendigkeit einer Hilfestellung nach wie vor zurück, versucht dann jedoch, das Angebot des Therapeuten für ihre eigenen Zwecke zu nutzen. Es zeigt sich, dass die Patientin nach wie vor befürchtet, als psychosomatisch kategorisiert zu werden.

*Anfangs diskutieren Therapeut und Patientin die (vermutlich) aktuellen Befunde der Patientin. Die Patientin verweist auf mehrere Ergebnisse, die sie für die möglichen Auslöser ihrer Beschwerden hält (Entzündung, träger Darm). Dies löst jeweils längere Erklärungen des Therapeuten aus, in denen er unter anderem deutlich macht, dass die verlangsamte Darmaktivität auf Funktionsstörungen hinweist, die er ja bereits mehrfach als mögliche Ursache der Beschwerden genannt und mit denen er gegen den Nutzen einer Operation argumentiert hat. Die Patientin geht nicht weiter auf seine Erklärung ein, sondern beginnt eine längere Beschwerdeschilderung und hebt dabei den Zusammenhang von der Nahrungsaufnahme und ihren sofort danach auftretenden Beschwerden hervor. Der Therapeut erklärt daraufhin erneut, dass die Verkrampfungen des Darms für eine funktionelle Störung sprechen, die operativ nicht zu beheben ist. Er weist allerdings auch darauf hin, dass die letzte Untersuchung noch ansteht und dass erst dann eine Entscheidung über eine Operation getroffen wird. Die Patientin äußert daraufhin, dass sie im Falle einer Operation noch während ihres aktuellen Krankenhausaufenthaltes operiert werden möchte.*

Dies löst einen längeren Beitrag des Therapeuten aus, in dem er, wie mehrfach zuvor, auf die Möglichkeit verweist, dass die Operation unter Umständen nicht durchgeführt wird. Diese Sequenz wird im Folgenden kurz in zwei Abschnitten dargestellt. Es kann daran zum einen noch einmal anschaulich demonstriert werden, dass Therapeut und Patientin auch noch in dieser vierten Sitzung auf ihren jeweiligen Standpunkten beharren und ähnliche Aushandlungen wie in den vorangegangenen Sitzungen `austragen`. Die unterschiedlichen Krankheitsmodelle werden über die Sitzungen hinweg in immer neuen `Wiederholungsschleifen` bearbeitet, ohne dass sich eine produktive Bearbeitung oder Entwicklung ergibt. In dem folgenden Ausschnitt zeigt sich, dass die wiederholende Thematisierung einer eventuell nicht durchgeführten bzw. einer für die Patientin schädlichen Operation zu einer unkooperativen Haltung der Patientin führt, die letztlich die gesamte Intervention des Therapeuten `ins Leere laufen` lässt.

*(5) Therapeut spricht erneut die Möglichkeit einer eventuell nicht durchgeführten Operation an*

455 T: ich mein DAS is <<p> öh:>-  
456 also i:ch (---) sie ich (-) hab (-) zumindest so den EINdruck  
457 dass ich hm (---) ne (.) gute VORstellung davon:  
458 <<p> hm>=bekommen habe (wo=s ihnen wirklich so daheim geht) mit  
459 ihren beSCHWERden;=ne,=  
460 =[und- (---)  
461 P: =[ja=a,  
462 T: öhm (-) also ich find das auch nich jetzt irgendwie ne ne baNAle  
463 (--) problematik sondern [des IS schon (--) des IS schon  
464 P: [NEE also is::-  
465 T: SCHWERwiegend;=ne,=  
466 =und (--) von daher kann ich das auch: gut verSTEHN dass sie da  
467 ne lösung wollen;=  
468 =[aber (---) öh was MIR halt irgendwo-  
469 P: =[ja-  
470 T: das knüpft vielleicht auch n bisschen an das gespräch (.) öh vom  
471 letzten mal (--) AN, (---)  
472 öhm (.) was WIR eben natürlich jetzt auch so von (.) von MEIner  
473 warte aus;  
474 ja=-  
475 =was ICH für sie tun kann; (-)  
476 öh WICHTig is es eben (---)öh dass ich GLAUbe dass es (--) öh  
477 (-) dass es für sie (---) probleMATisch werden kann wenn sie  
478 sich jetzt (-) GANZ arg nur <<p> öh> sagen HOFFentlich  
479 HOFFentlich geht das mit der operation, h.  
480 P: hm=hm,  
481 T: äh(m) also (--) geNAUso wichtig find ichs==  
482 =ich mein sie ham gesagt äh sie finden so ne !NE!gative haltung  
483 von mir;=ja,=  
484 =das fand [ich auch gut dass sie (-) das ANgespröchen haben;  
485 P: [ja-  
486 T: trotzdem find ich=s WICHTig h. dass: öh dass sie sich auch mit  
487 dem (---) dem fall (.) auseinandersetzen dass ihnen ne operation  
488 hm entweder nich gerÄten wird,=  
489 =oder h. (-) oder [öhm:-  
490 P: [hm:-  
491 P: ja KLAR ich mein (ja);  
492 T: verSTEHN sie- h.  
493 öh das kann pasSIERen;=  
494 =ich mein wir ham ja DREI möglichkeiten; (-)  
495 entweder wird ihnen die operation GAR nich geraten, (--)  
496 weil die befunde einfach (--) eher (--) SO=<<p> öh>  
497 interpretiert werden müssen-  
498 ne HUNdertprozentiche sicherheit is ja immer öh schwierig zu  
499 kriegen=-  
500 =aber h. ähm: aufgrund der erFAHRung dieser (.) dieser ja doch  
501 (.) erfahrenen ärzte- [h.  
502 P: [hm=ja=-  
503 T: =dass (man) das ABwägt;  
504 =dass man sagt das IS nich die ursache;  
505 ja,=  
506 =für ihre beSCHWERden; h.  
507 <<p> hm> öh (-) der ZWEIte fall,  
508 man würde opeRIERen und (-) das wär eben ganz beSONders schlimm-  
509 (-) und ihre beschwerden wären nachher noch SCHLIMmer;  
510 (-)  
511 ja? (-)  
512 P: und [das MEIN ich-  
513 T: [das ham wir ja AUCh schon angesprochen, h.  
514 un der DRITte fall das wär halt der POSitive fall es wird  
515 operiert un öh un es geht ihnen PRIma;  
516 P: ja;

517 T: aber von diesen DREI möglichkeiten sin natürlich ZWEI irgendwo  
518 auch dabei (--) <<p> hm>=[äh wo sie öh wo sie WEniger (-) gut:  
519 P: [hm-  
520 T: öh dabei wegkommen, h.  
523 und (--) ich hab natürlich <<p> hm> einfach das bedürfnis (--)  
524 sie auch auf DIEse situation irgendwie etwas: öh (--) öh so von  
525 (.) von (.) vom SEElischen aspekt her [vorbereiten;=  
526 P: [hm=hm,=  
527 T: =weil ich denke (-) des is sehr sehr wichtig dass sie da nich so  
528 UNvorbereitet reingehen;=  
529 P: =hm-=  
530 T: =ja? h.  
531 (--)

Der Therapeut besteht weiterhin darauf, die Patientin auf die Möglichkeit vorzubereiten, dass eine Operation nicht durchgeführt wird und weist ausdrücklich darauf hin, dass er es trotz der Kritik der Patientin als notwendig erachtet, das Thema erneut anzusprechen (Z. 482-488). Er modifiziert seine Argumentation im Vergleich zu den vorangegangenen Argumentationen zwar dahingehend, dass er explizit die Möglichkeit einbezieht, *dass* die Operation stattfindet. Er weist aber auch darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin von einer Operation profitiert, gering ist und begründet damit, warum er auf diesem Thema insistiert (Z. 517-528). Der Kommentar des Therapeuten, dass seine Ausführungen „vielleicht auch n bisschen an das Gespräch vom letzten Mal an[knüpfen]“ (Z. 479/471) hat eine beinahe ironische Qualität, da er dieses Thema wiederholt angesprochen hat und die Gespräche von einer Aus- handlung über eine (eventuell) nicht durchgeführte Operation dominiert werden.

*(5a) Patientin besteht auf einer positiven Sichtweise*

532 T: [(hm=hm),  
533 P: [ja wie geSAGT man SAGT ja immer man muss positiv denken;=  
534 =man muss: (---) sich sagen vielleicht [WIRD es <<p>( gehn)>;  
535 T: [hm=hm-  
536 T: ja;  
537 (-)  
538 T: [also DA-  
539 P: [un DAVon:;=  
540 =das wurde mir OFTmals [gesagt; (-)  
541 T. [hm=hm,  
542 P: sie müssen POSitiv [dengen;  
543 T: [hm=hm-  
544 P: ja nun DENK ich jetzt ma positiv un (---) ZIEH mich dran: und  
545 sach mir vielLEICHT (---)!WÜR!de mir das hel[fen (weil)-  
546 T: [hm;  
547 (2.10)  
548 T: ich mein POSitiv denken: das kann man natürlich SO un SO==  
549 P: =ach SO da hab [ich HIER [noch-  
550 T: [öhm-  
551 T: ach SO ja;  
552 (-)  
553 P: un:d zwar [HIER öh mit DEM- (---)  
554 T: [hm=hm,  
555 P: dass die (---) [die DARMSchlingen [nich mehr bewegt sin;

Die Patientin hält dem Therapeuten wie in der vorherigen Sitzung entgegen, dass man „positiv denken“ soll (vgl. Beispiele 4 – 4b) und blockt damit eine weitere Diskussion bzw. das Angebot einer möglichen Unterstützung ab. In ihrer weiteren Argumentation wirft sie dem Therapeuten, wenn auch nicht explizit, vor, ihr ihre optimistische Einstellung und damit letztendlich auch ihre Hoffnung auf Heilung zu nehmen: Die Patientin impliziert, dass sie, nachdem ihr mehrfach zu einer positiven Sichtweise geraten wurde, zum ersten Mal tatsächlich positiv eingestellt ist („ja nun denk ich *jetz ma* positiv“, Z. 544) und dass ihr diese Einstellung Hoffnung gibt („un zieh mich dran und sach mir vielleicht würde mir das helfen“, Z. 544/545). Die skeptische Sichtweise des Therapeuten bedroht diese Einstellung. Die Patientin bricht ihren Redebeitrag dann ab, so dass der Therapeut, nach einer längeren Pause, dazu ansetzt, das `positive Denken´ zu differenzieren (Z. 548). Die Patientin unterbricht ihn und fragt nach einem weiteren Untersuchungsergebnis aus den ärztlichen Unterlagen. Sie bringt damit ganz explizit zum Ausdruck, dass sie das Thema nicht weiter diskutieren möchte und bricht auf drastische Weise die gesamte von dem Therapeuten initiierte Bearbeitung ab. Im Anschluss an diese Sequenz spricht der Therapeut die Unsicherheit über eine Operation tatsächlich nicht mehr an, obwohl er nach wie vor Versuche unternimmt, der Patientin psychosoziale Unterstützung anzubieten.

*An diese Sequenz schließen sich weitere Erklärungen des Therapeuten über den Unterschied von funktionellen und organischen Störungen an. Die Patientin fordert mehrfach eine weitere Untersuchung ein, woraufhin der Therapeut sie bittet, die medizinischen Angelegenheiten direkt mit dem behandelnden Arzt zu besprechen. Er weist aber auch darauf hin, dass der Chirurg, von dem die Patientin eine Untersuchung einfordert, bereits viele Untersuchungen durchgeführt hat und impliziert damit, dass eine weitere Untersuchung möglicherweise überflüssig ist. Die Patientin hält dem entgegen, dass in früheren Untersuchungen ein Hämangiom (Blutschwämmchen) festgestellt wurde, dass die aktuelleren Untersuchungen jedoch keinen solchen Befund erbracht hätten und dass diese unterschiedlichen Ergebnisse sie verunsichern. Der Therapeut verweist sie noch einmal an den behandelnden Arzt, erklärt dann aber auch, dass die Patientin versuchen sollte, „kleinere Schritte [...] als Erfolg“ zu sehen. Er weist darauf hin, dass der Krankheitsverlauf so komplex sei, „dass man jetzt nicht erwarten kann dass es da eine ganz einfache Ursache gibt und dann kommt der Wunderheiler“ und er wiederholt, dass es wichtig sei, auch mit kleineren Schritten zufrieden zu sein „auch wenn’s schwer fällt“. Daraufhin reagiert die Patientin nicht mehr, so dass der Therapeut sie dazu auffordert, noch einmal ihren Krankheitsverlauf zu schildern. Die Patientin erklärt, dass ihre*

*Beschwerden mit dem Kaiserschnitt bei der Geburt ihres letzten Kindes begonnen haben. Vor dieser Geburt hatte sie mehrere Fehlgeburten, von denen die letzte auch für sie lebensbedrohlich war. Die Patientin macht deutlich, dass sie sich „von der Seite [...] auch schon ewig keine Gedanken mehr“ macht und dass es jetzt um ihr Problem geht, „weil’s mir schlecht geht“. Sie beschwert sich darüber, dass sie immer für die Familie da ist, dass ihr aber keiner helfen kann, wenn es ihr schlecht geht.*

Der Therapeut initiiert daraufhin einen erneuten Versuch, der Patientin psychosoziale Entlastung anzubieten (vgl. folgenden Transkriptausschnitt).

*(6) Therapeut bietet der Patientin erneut psychosoziale Belastung an → Patientin lehnt dies erneut ab*

1440 T: denn ich erinner mich jetzt einfach auch so an die thematik die  
 1441 wir (--) demLETZT mal besprochen hatten;  
 1442 sie erinnern sich dass ich (---) öh irgendwie auch so (--)  
 1443 versucht hab hm=mit ihnen vielleicht n bisschen ne (.)  
 1444 perspektIve zu erarbeiten wie=s daheim weitergehen kann- h. (-)  
 1445 öhm (.) wenn: wenn so ne (.) speZIfische therapie=jetzt (.)  
 1446 vielleicht nich: öh (---) (möglich) is;=[ja?  
 1447 P: [ich hab ja geSAGT  
 1448 ich würde vielleicht [nochmal nächstes jahr anlauf nehmen für  
 1449 T: [<<p> und>-  
 1450 P: ne KUR,  
 1451 T: hm:-  
 1452 P: die=s ja (länger) als der [ganze ],  
 1453 T: [hm=hm-  
 1454 (-)  
 1455 T: h. (--) aber (.) ich mein jetzt so der familiäre rahmen is ja:  
 1456 was enorm WICHTiges [glaub ich=-  
 1457 P: [ja=-  
 1458 T: =und h.- (--)  
 1459 könnten sie=-  
 1460 =gibt=s denn da möglichkeiten wie ihre familie sie vielleicht  
 1461 DOCH unterstützen oder helfen könnte;  
 1462 <<p> hm> was (.) was würden sie sich denn da WÜNSchen;  
 1463 (1.60)  
 1464 T: gibt es da IRgendwelch=-  
 1465 =ich mein das öh sie erINnern sich=t ich hatte (.) sie [ja auch  
 1466 P: [hm=hm,  
 1467 T: geBEten (-) ob sie sich das mal überlegen können ob=s da- h.  
 1468 öh (.) [(WEniger) unterstützen-  
 1469 P: [GIBT=s eigentlich nicht-  
 1470 (-)  
 1471 P: weil [(-) ich sprech meine TOCHter an wenn=se (.) wenn [was  
 1472 T: [un da GIBT=s [hm:-  
 1473 P: zu machen is-  
 1474 (2.10)  
 1475 T: [hm=hm,  
 1476 P: [jetzt: (---) MACHen se auch,  
 1477 (-)  
 1478 T: hm-  
 1479 P: geben sich MÜhe-  
 1480 T: ja-  
 1481 (--)  
 1482 P: also; (1.50)

1483 un damit is mir eigentlich schon geHOLfen wenn [sie sich Mühe  
1484 T: [hm-  
1485 P: geben-  
1486 (--)  
1487 P: dass zuhause alles gut LÄUFT dass [ich (.) mir keine geDANKen  
1488 T: [hm-  
1489 P: machen brauch-  
1490 (--)  
1491 T: hm=hm;  
1492 P: damit IS mir eigentlich schon geholfen-  
1493 T: hm=hm-  
1494 (1.70)  
1495 T: oder gibt=s IRgendwie (---) dinge die=äh öh die sie sich  
1496 WÜNschen würden;  
1497 die (-) wo man MEHR (.) vielleicht auf sie EINgehen könnte==  
1498 =oder (---) [(IS ihnen das öh)-  
1499 P: [ich habe EINen wunsch hätt ich au-  
1500 T: [hm=hm;  
1501 P: [den kann mir KEIner abnehmen;  
1502 (1.90)  
1503 T: [( )-  
1504 P: [<<lachend> hierHER zu ziehn=> h.-  
1505 (---)  
1506 T: das würden sie gerne MACHen?  
1507 P: <<resigniert> ja>- (-)  
1508 das hatt ich schon meinem MANN paar mal gesagt aber  
1509 [(---) er WILL (nich)-

Der Therapeut schlägt der Patientin vor, an einer Perspektive hinsichtlich ihrer familiären Situation zu arbeiten (Z. 1440-1446). Er vermeidet es, explizit auf die Möglichkeit einer nicht durchgeführten Operation hinzuweisen und spricht vielmehr von einer „spezifischen Therapie“, die eventuell nicht möglich ist (Z. 1445/1446). Die Patientin äußert, dass sie überlegt, im nächsten Jahr in Kur zu gehen (Z.1447/1448). Eine Kur bedeutet zwar auch eine Entlastung, sie führt aber nicht zu einer Hilfestellung im Alltag. Dass es dem Therapeuten aber genau um eine solche konkrete Hilfestellung geht, wird an seinem Folgebeitrag deutlich: Eingeleitet mit „ja aber ich mein“ stellt er der Patientin die Frage, welche Möglichkeiten der Unterstützung sie sich wünschen würde (Z. 1455-1462). Die Patientin antwortet darauf nicht (Pause in Z. 1463), so dass der Therapeut seine Frage wiederholt (Z.1468). Die Patientin unterbricht ihn und erklärt, dass sie keine Möglichkeit einer solchen Hilfe sieht (Z. 1469). Sie begründet ihre Ablehnung damit, dass sie Unterstützung erfährt, wenn sie sie einfordert und weist nachdrücklich darauf hin, dass ihr bereits geholfen sei, wenn „zuhause alles gut läuft“ und sie sich keine Gedanken machen muss (Z. 1471-1492). Da der Therapeut bereits mehrfach mit seinem Angebot gescheitert ist, modifiziert und erweitert er seinen Vorschlag und fragt die Patientin, ob es andere „Dinge“ gibt, die sie sich wünschen würde (Z. 1495-1497). Seine Frage ist sehr weit bzw. offen gehalten und nicht auf eine konkrete Unterstützung seinerseits bezogen. Dementsprechend äußert die Patientin einen Wunsch, der über eine Hilfestellung in dem Gespräch hinausgeht: Sie möchte gerne nach Freiburg bzw. Baden-Württemberg ziehen.

*Die Patientin erzählt, dass sie in der Freiburger Region wesentlich mehr Freunde hat als zuhause, dass ihr Mann sich aber weigert, umzuziehen, da er befürchtet, dort keine beruflichen Möglichkeiten zu haben. Sie ignoriert die Frage des Therapeuten, ob sie sich in ihrem Heimatort nicht wohl fühlt und erklärt, dass es für sie einfacher wäre, in Freiburg zu wohnen, da sie dort medizinisch besser versorgt sei.*

Der Therapeut erklärt daraufhin, dass das persönliche Wohlbefinden einen Einfluss auf die Erkrankung haben kann. An der Reaktion der Patientin zeigt sich deutlich, dass sie nach wie vor befürchtet, als psychosomatisch kategorisiert zu werden.

*(7) Therapeut spricht Faktoren an, die den Krankheitsverlauf beeinflussen können → Patientin interpretiert dies als psychosomatische Zusammenführung*

1629 T: ich mein ich hab ja=öh IRgendwie==  
 1630 =oder ich (---) ich HATT so die idee eben dass (---)  
 1631 öh dass eben SOLche (--) dinge-  
 1632 also sich hier zum beispiel irgendwo WOHL zu fühlen oder eben  
 1633 NICH wohl zu fühlen; (---)  
 1634 schon AUCH=n einfluss haben auf son krankheitsverlauf==  
 1635 =auch wenn: wenn=ma da jetzt keinen direkten zuSAMmenhang  
 1636 natürlich herstellen kann aber- h.  
 1637 öhm [(-) ich (.) GLAUbe das sind-  
 1638 P: [ja (.)sie wolln jetzt nich sagen dass jetzt meine  
 1639 durchfälle DA <<leicht lachend> von> [kommen-  
 1640 T: [!NEIN! des mein ich eben  
 1641 gerade NICH aber ich glaube- h.  
 1642 das war DES was ich: öh: das LETZte mal eben versucht habe  
 1643 ihnen (---) zu verdeutlichen==  
 1644 =dass es eben (---) öh trotz ner SCHWERen erkrankung (---) öh nen  
 1645 funktionellen spielraum immer gibt;=ja?  
 1646 [ich glaube SCHON dass solche- (---)  
 1647 P: [hm-  
 1648 T: also ob man sich jetzt irgendwo (---) WOHL fühlt oder (---) eben  
 1649 auch UNwohl fühlt;=ne==  
 1650 =das hängt ja auch=n bisschen vom UMFeld vielleicht ab- (-)  
 1651 ja,  
 1652 (---)  
 1653 T: öh ich könnte mir SCHON vorstellen dass: (---) dass sowas eben  
 1654 auch [GÜNstig: (1.55) sich auswirkt;  
 1655 P: [ich verSUche mich auch manchmal wenn=s mir SEHR schlecht  
 1656 geht mit irgendwas ABzulen[ken; (---)

Der Therapeut weist darauf hin, dass die persönliche Situation („sich [...] irgendwo wohl zu fühlen oder eben nicht wohl zu fühlen“, Z. 1632/1633) den Krankheitsverlauf beeinflussen kann. Er hebt anschließend allerdings hervor, dass es nicht möglich sei, einen direkten Zusammenhang herzustellen (Z. 1635/1636). Die Patientin versteht seine Äußerung als eine psychosomatische Zusammenführung und wehrt sich gegen einen kausalen Zusammenhang zwischen ihrer Lebenssituation und ihren Beschwerden (Z. 1638/1639). Die Äußerung des Therapeuten ist tatsächlich ambig und kann als eine psychosomatische Zusammenführung ver-

standen werden: Er bezieht sich zwar auf den Krankheitsverlauf und nicht auf die Krankheitsursache. Gerade aber die Einschränkung, dass keine *direkten* Zusammenhänge existieren und die subjektive Formulierung „ich hab ja irgendwie [...] ich hatt so die Idee“ (Z. 1629/1630) markieren seine Äußerung als brisant und damit als eine mögliche psychosomatische Zuschreibung. In seinem Folgebeitrag weist der Therapeut den `Vorwurf` der Patientin zurück und verweist darauf, dass es „trotz ner schweren Erkrankung“ (Z. 1644) immer einen gewissen Spielraum gibt, innerhalb dessen die Erkrankung beeinflusst werden kann. Die Patientin reagiert nicht darauf (Z. 1652), so dass der Therapeut die Einschätzung liefert, dass „sowas“, also der Umzug nach Freiburg, sich positiv auswirken kann (Z. 1653/1654). Die Patientin unterbricht ihn und weist darauf hin, dass sie versucht, sich abzulenken, wenn es ihr sehr schlecht geht (Z. 1655/1656). Damit macht sie deutlich, dass sie ihren „funktionellen Spielraum“ bereits nutzt und weist damit zugleich die mögliche Unterstellung zurück, dass sie sich nicht ausreichend um ihre Gesundheit bemüht. Sie untergräbt damit aber zugleich auch ihren eigenen Umzugswunsch. Der Therapeut hat sie in ihrem Umzugswunsch unterstützt und darauf hingewiesen, dass ein Ortswechsel sich positiv auf den Krankheitsverlauf auswirken kann. Gerade diese Verbindung von Umzug und Erkrankung bringt die Patientin in ein Dilemma, denn stimmt sie dem Therapeuten zu, ratifiziert sie damit zugleich, dass ihre Erkrankung von psychosozialen Faktoren abhängt.

*Es schließt sich eine längere Sequenz an, in der Therapeut und Patientin den Umzugswunsch der Patientin besprechen. Die Patientin begründet ihren Umzugswunsch erneut mit der besseren medizinischen Versorgung und weist noch einmal darauf hin, dass ihr Mann sich weigert umzuziehen. Der Therapeut beurteilt den Wunsch der Patientin als positiv und schlägt vor, den Ehemann der Patientin zu der nächsten Sitzung einzuladen, um den Umzugswunsch mit ihm zu besprechen<sup>107</sup>. Die Patientin versucht den Therapeuten dazu zu bewegen, ihren Mann mit der Begründung auf eine bessere medizinische Versorgung von einem Umzug zu überzeugen. Der Therapeut `rudert` daraufhin etwas zurück und erklärt, dass es in einem solchen Gespräch eher darum gehen sollte, die jeweiligen Vorstellungen zu äußern und er weist explizit darauf hin, dass es seine Aufgabe ist, die Patienten in ihrer Krankheit und dem schwierigen Prozess der „Diagnostik und der Hoffnungen“ zu begleiten. Das Gespräch endet mit der Vereinbarung, den Ehemann der Patientin in die nächste Sitzung mit einzubeziehen.*

---

<sup>107</sup> Die Möglichkeit, Familienangehörige in die Gespräche einzubeziehen, wird im Behandlungsmanual der Studie explizit empfohlen.

### *Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse*

In diesem Kapitel wurde gezeigt, wie die Aushandlung über ein alternatives Krankheitsverständnis im Verlauf mehrerer Sitzungen scheitert. In den hier dargestellten Gesprächen einigen sich Therapeut und Patientin nicht auf ein gemeinsames Krankheitsverständnis, sondern beharren auf ihren jeweiligen Standpunkten: Der Therapeut konfrontiert die Patientin wiederholt mit dem Krankheitsbild „Funktionsstörungen“, ohne dieses Beschwerdebild jedoch eindeutig zu definieren bzw. zu erklären, und weist mit diesem Krankheitsbild die Forderung der Patientin nach einer Operation zurück. Die Patientin hingegen besteht auf ihrem organischen Krankheitsmodell und fordert eine Operation ein; sie wehrt sich gegen die Kategorisierung psychosomatisch (die der Therapeut allerdings explizit zu vermeiden versucht). Die unterschiedlichen Standpunkte führen zu wiederholten `Aushandlungsschleifen`, Rechtfertigungsaktivitäten des Therapeuten und einer Blockadehaltung der Patientin. Das Krankheitsverständnis wird dabei nicht explizit und direkt bearbeitet, sondern wird über Stellvertreter-Themen abgewickelt. Der Therapeut argumentiert nicht direkt mit psychosomatischen Erklärungsmodellen und arbeitet keine Evidenzen heraus, die für eine psychosomatische Erkrankung sprechen, sondern führt vielmehr Kontraevidenzen auf, die gegen eine organische Ursache und damit gegen eine Operation sprechen. An diese Argumentation lehnen sich weitere Interventionen an, so z.B. die Empfehlung an die Patientin, ein Symptomtagebuch zu führen, um Zusammenhänge von bestimmten Situationen und den Beschwerden zu dokumentieren, und auch das Angebot, mit der Patientin über mögliche Entlastungen zu sprechen.

Die Patientin blockt die Interventionen des Therapeuten systematisch ab bzw. konfrontiert ihn mit Vorwürfen. So wirft sie dem Therapeuten z.B. vor, die Realität ihrer Beschwerden anzuzweifeln oder die Operation als überflüssig bzw. möglicherweise sogar schädlich darzustellen und ihr damit auch die Hoffnung auf eine Heilung zu nehmen. Den Vorschlag, ein Symptomtagebuch zu führen, weist sie mit dem Verweis auf ihr Wissen darüber zurück, dass ihre Beschwerden mit der Nahrungsaufnahme zusammenhängen. Das Angebot einer Hilfestellung wird von der Patientin z.B. mit dem Verweis darauf abgelehnt, dass sie Unterstützung erfährt, wenn sie diese einfordert. Sie macht auch deutlich, dass eine Entlastung oder Unterstützung nicht zu einer Verbesserung ihrer Beschwerden führen würde und weist damit eine mögliche psychosomatische Komponente ihrer Erkrankung zurück. Der Therapeut rechtfertigt im Anschluss an die Vorwürfe und Blockaden der Patientin oft seine Interventionen und löst damit erneute Aushandlungen aus.

Es ist bemerkenswert, wie sehr der Therapeut eine Kategorisierung der Patientin als psychosomatisch vermeidet. Diese explizite Vermeidung führt zu zum Teil konfusem und auch hilflos-

sen Äußerungen des Therapeuten, die durch eine Vielzahl von Dispräferenzmarkierungen geprägt sind. Gerade durch diese Markierungen erhalten seine Argumentationen jedoch eine brillante Qualität (vgl. Bergmann 1992), die von der Patientin auch so interpretiert und dementsprechend aufgegriffen werden. Um eine psychosomatische Zuordnung zu vermeiden, blendet der Therapeut die mögliche Ursache der Erkrankung explizit aus und weist mehrfach darauf hin, dass die Ursachen für funktionelle Störungen nicht bekannt bzw. medizinisch nicht diagnostizierbar sind. Auch beschreibt er die psychosozialen Belastungen der Patientin wiederholt als Probleme, die sich um das „Kernproblem“, die körperliche Erkrankung der Patientin, „herum gruppieren“ bzw. infolge der Erkrankung auftreten. Mit diesem Erklärungsmodell unterminiert er seine eigene Funktion bzw. Kompetenz, da sich in der Logik eines solchen Modells die weiteren Probleme dann auflösen, wenn das körperliche Problem (z.B. durch eine Operation) behoben wird. Diese Problematik wird auch an einer Äußerung der Patientin im Anschluss an eine solche Erklärung deutlich: „vielleicht würde ich mich besser fühlen, wenn das [die körperlichen Beschwerden] weg wär“. Auch mit seinen wiederholten Zugeständnissen an die Patientin und den Herabstufungen seiner Vorschläge unterminiert er seine Handlungsmöglichkeiten und letztendlich seine eigene Kompetenz.

Ein Problem der Gespräche ist, dass die Untersuchungen tatsächlich noch nicht abgeschlossen sind. Die Patientin hofft weiterhin, dass die letzte noch anstehende Untersuchung einen eindeutigen Befund ergibt und ihre Beschwerden operativ behoben werden können. Der Therapeut möchte sie bereits im Vorfeld auf eine möglicherweise nicht durchgeführte Operation vorbereiten, kann seine Argumentation aufgrund der noch ausstehenden Untersuchung jedoch nicht eindeutig stützen. Er argumentiert daher mit einem hypothetischen Szenario – und genau dies wirft ihm die Patientin vor.

## **9. Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit zusammengefasst und diskutiert. Dabei wird auch auf die für die Interaktion problematischen Rahmenbedingungen der Gespräche eingegangen, und es werden Vorschläge für die psychotherapeutische Praxis diskutiert.

In der vorliegenden Arbeit wurden Konsil-Liaison-Gespräche zwischen Psychotherapeuten und Patienten mit somatoformen Störungen untersucht. Die Gespräche wurden im Rahmen einer Studie durchgeführt, deren Hauptziel die Motivierung der Patienten für eine psychotherapeutische Weiterbehandlung war. Aufgabe der Therapeuten war es unter anderem, potentielle psychosoziale Belastungssituationen der Patienten zu identifizieren, die Patienten für psy-

chosomatische Erklärungen ihrer Erkrankung zu sensibilisieren und letztendlich ein gemeinsames, psychosomatische Erklärungen einbeziehendes, Krankheitsverständnis zu entwickeln. Ziel dieser Arbeit war es, konversationsanalytisch zu untersuchen, wie sich ein gemeinsames, das heißt psychosomatische Erklärungen einbeziehendes, Krankheitsverständnis im Gespräch entwickeln und wie es erarbeitet werden kann.

Dabei wurde zum einen der Frage nachgegangen, welche konversationellen Verfahren die Therapeuten einsetzen, um die Patienten für ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu sensibilisieren bzw., um ihnen psychosomatische Erklärungen anzubieten. Auch wurde untersucht, wie die Patienten mit diesen Sensibilisierungsverfahren umgehen bzw. wie sie die psychosomatischen Erklärungen aufgreifen und inwieweit sie diesen zustimmen oder sie ablehnen. Des Weiteren wurde analysiert, wie sich die Erarbeitung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses im Anschluss an psychosomatische Erklärungen sequentiell weiter entwickelt. Dabei ging es darum, zu untersuchen, wie die Therapeuten trotz Zweifeln bzw. abweichender Krankheitsvorstellungen der Patienten weiter an einem psychosomatischen Krankheitsmodell arbeiten und ob es letztendlich zur Herstellung eines gemeinsamen Krankheitsverständnisses kommt. Darüber hinaus wurde untersucht, wie sich die Aushandlung eines alternativen Krankheitsverständnisses im Verlauf mehrerer Sitzungen einer Therapeut-Patient-Dyade gestaltet. In der Untersuchung wurden auch kritische Momente dieser Aushandlung und ihre Bearbeitung berücksichtigt.

Da sich die Interaktion mit somatoformen Patienten oft an den divergierenden Ursachenvorstellungen entzündet bzw. oftmals davon ausgegangen wird, dass die Patienten von einer organischen Ursache ihrer Erkrankung überzeugt sind, wurden auch die Ursachenvorstellungen, die so genannten Kausalattributionen, der Patienten von ihrer Erkrankung berücksichtigt. Dabei ging es grundsätzlich darum, zu untersuchen, welche Kausalattributionen die Patienten im Gespräch äußern; ob sie tatsächlich an einer organischen Ursachenüberzeugung festhalten oder ob sie auch über differenziertere Kausalattributionen verfügen. Des Weiteren wurde untersucht, auf welche Evidenzen die Patienten ihre Ursachenattributionen stützen, wie sie sie argumentativ herleiten und ob bzw. wie sich die Attributionen im Verlauf der Gespräche entwickeln bzw. verändern.

Zunächst wurden in Kapitel 6.2 exemplarisch Kausalattributionen der Patienten von ihren Erkrankungen vorgestellt, um zu demonstrieren, mit welchen Ursachenvorstellungen die Therapeuten in den hier untersuchten Gesprächen konfrontiert sind und auf welcher Grundlage sie ihre psychosomatischen Erklärungsmodelle einbringen. Die Patienten äußern durchaus nicht

nur somatische Ursachenattributionen, sondern beziehen auch psychische bzw. psychosoziale Ursachen in ihre Krankheitsvorstellungen ein. Um ihre somatischen Ursachenvorstellungen zu unterstützen, greifen Patienten z.B. auf Krankheiten in der Familie oder auf frühere parallele Krankheitserfahrungen zurück. Psychische bzw. psychosoziale Kausalattributionen werden unter anderem mit Stressbelastung, familiären oder auch finanziellen Problemen erklärt. Die Krankheitsvorstellungen der Patienten sind zum Teil durch das biomedizinische Modell beeinflusst. Patienten berufen sich z.B. auf eine frühere medizinische Diagnose und wehren sich damit gleichzeitig gegen die Kategorisierung als Simulant. Psychische Kausalattributionen werden teilweise mit dem Ausschluss von körperlichen Erkrankungen begründet. Durch diese 'Entweder-oder'-Argumentation wird ein dualistisches Leib-Seele-Modell etabliert, in dem psychische und physische Erkrankungen als voneinander losgelöste Phänomene konzeptualisiert werden. Einige Patienten entwickeln allerdings auch komplexere Ursachenattributionen, die sowohl physische als auch psychische Faktoren enthalten. Patienten können ihre somatischen Kausalattributionen funktional einsetzen, z.B. um die Forderung nach einer medizinischen Untersuchung zu begründen oder auch, um sich bereits antizipatorisch gegen eine potentielle psychosomatische Zuschreibung zu wehren (zur Funktionalität von subjektiven Krankheitstheorien im Allgemeinen vgl. Birkner 2006; Pomerantz 2003). Kausalattributionen können sowohl in langfristiger als auch in kurzfristiger Hinsicht instabil sein: Zum einen können Patienten ihre ursprünglichen Ursachenvorstellungen im Verlauf ihrer Erkrankung (bzw. in diesem Fall im Verlauf der Gespräche) differenzieren, weiter entwickeln oder verwerfen. Zum anderen können sie auch innerhalb eines Gesprächs und sogar innerhalb einer Sequenz aufgrund des spezifischen Kontextes unterschiedlich stabile bzw. instabile Ursachenvorstellungen äußern (zur Instabilität bzw. Widersprüchlichkeit von Kausalattributionen somatoformer Patienten vgl. Dao 2006; zur Kontextsensitivität von subjektiven Krankheitstheorien vgl. Birkner 2006).

In Kapitel 7.1 wurde untersucht, welche konversationellen Verfahren die Psychotherapeuten einsetzen, um die Patienten für psychosomatische Zusammenhänge zu sensibilisieren bzw. um ihnen psychosomatische Erklärungen für ihre Beschwerden anzubieten.

Ein allgemeines Ergebnis der hier durchgeführten Analysen ist es, dass psychosomatische Erklärungen bzw. Sensibilisierungen nicht nur als Feststellungen realisiert werden, sondern durchaus auch, zumindest initial, in Frageform erfolgen. Viele der bisher veröffentlichten konversationsanalytischen Arbeiten haben sich auf den Bereich der Deutungen oder Problem-

formulierungen konzentriert und die Merkmale dieser Verfahren herausgearbeitet<sup>108</sup> (vgl. Antaki et al. 2004, 2005; Davis 1986, Peräkylä 2004; Streeck 1989, Vehviläinen 2003). Die hier analysierten Sequenzen zeigen aber, dass Therapeuten unterschiedliche Verfahren, darunter auch Fragen, einsetzen (können), um den Patienten ein psychosomatisches Krankheitsmodell anzubieten und mit ihnen an den Erklärungen für ihre Beschwerden zu arbeiten.

In Kapitel 7.1.1 wurden so genannte Aktualisierungsfragen analysiert. Aktualisierungsfragen werden systematisch eingesetzt, um mögliche körperliche Empfindungen der Patienten in einer zeitlich bereits zurückliegenden Situation zu aktualisieren und sie mit Gefühlen oder psychosozialen Belastungen in Beziehung zu setzen. Eine frühere potentiell belastende Empfindung wird in die aktuelle psychotherapeutische Situation `überführt` und kann somit im Hier und Jetzt bearbeitet werden. Die Aktualisierungsfragen wurden unterteilt in Fragen, die dem `situated mode` zuzurechnen sind, und Fragen, die dem `displaced mode` zugeordnet werden können (vgl. Auer 1988; Chafe 1994). Dabei wird mit den `situated-mode`-Fragen stärker an einer Aktualisierung im Hier und Jetzt gearbeitet, die `displaced-mode`-Fragen hingegen verlagern die Empfindungen, zumindest zu Anfang, nicht in die aktuelle Situation, sondern heben stärker auf die damalige Situation ab. Mit den Fragen werden die Patienten aufgefordert, selber einen Zusammenhang von Gefühlen und körperlichen Beschwerden herzustellen.

Kapitel 7.1.2 widmete sich den so genannten Lokalisierungsfragen. Diese Fragen heben darauf ab, einen Zusammenhang von Gefühlen und körperlichen Beschwerden herzustellen. Sie beinhalten eine stärkere Präsupposition als die Aktualisierungsfragen, da die Therapeuten von vornherein implizieren, dass Gefühle im Körper lokalisiert sind. Das psychosomatische Konzept - Gefühle „sitzen“ im Körper bzw. „gehen“ in den Körper hinein - wird metaphorisch gefasst: Den Gefühlen werden quasi-humane Attribute zugeschrieben. Sie werden zu Aktanten, die im Körper lokalisiert werden können.

In Kapitel 7.1.3 wurden psychosomatische Zusammenführungen untersucht, mit denen die Therapeuten den Patienten psychosomatische Erklärungen für ihre Beschwerden anbieten. Die Zusammenführungen heben nicht auf allgemein-abstrakte Erklärungen ab, sondern sind u.a. durch den Rückgriff auf biographische Evidenzen auf die Lebenswirklichkeit des Patienten und dessen konkrete Beschwerden zugeschnitten. Die Zusammenführungen sind inhaltlich überwiegend vorsichtig gestaltet, z.B. modalisieren die Therapeuten ihre Erklärungen und stufen den Faktizitätsanspruch ihrer Erklärungen herunter. Es ist auffällig, dass in den Zusammenführungen der Begriff `psychosomatisch` nicht verwendet wird. Möglich ist, dass die

---

<sup>108</sup> In neuester Zeit finden sich allerdings auch vermehrt Untersuchungen zu Fragen im psychotherapeutischen Kontext (vgl. Halonen 2008; MacMartin 2008). Die Funktion von spezifischen Frageformaten in Beratungsgesprächen (mit AIDS-Patienten) wurde bereits Mitte der 1990er Jahre untersucht (vgl. Peräkylä 1995).

Therapeuten eine explizite Kategorisierung der Patienten als psychosomatisch vermeiden bzw. eventuell sogar bewusst unterlaufen. Sie können sich den Umstand zunutze machen, dass bereits durch die Nennung der kategoriengebundenen Tätigkeiten die Kategorie mit aufgerufen wird. Durch die Nennung dieser `category bound activities` bzw. auch der `category bound features` (vgl. Sacks 1992), also der Handlungen, Eigenschaften etc., „die für die Kategorienmitglieder typisch, definatorisch oder normativ verpflichtend sind“ (Deppermann/Schmidt 2003: 30), können bestimmte Identitätskategorien nahe gelegt werden ohne dass diese explizit genannt werden müssen. So werden in den Zusammenführungen z.B. die Merkmale und potentiellen Auslöser einer psychosomatischen Erkrankung genannt, ohne dass die Kategorie psychosomatisch als solche ausdrücklich benannt wird. Im Gegensatz zu der inhaltlichen `Vorsicht` üben die Therapeuten auf gesprächsorganisatorischer Ebene einen gewissen interaktiven `Druck` aus und arbeiten zielgerichtet daran, die Patienten zu einer Zustimmung zu ihrem Erklärungsmodell zu bewegen. Die Zusammenführungen können als eine Art Beweisführungsverfahren interpretiert werden, da die Therapeuten Informationen aufgreifen, die die Patienten zuvor zur Verfügung gestellt haben, und diese als Evidenz für eine psychosomatische Erkrankung nutzen.

Die hier untersuchten Verfahren weisen einige Gemeinsamkeiten auf, die im Folgenden dargestellt und im Hinblick auf über die Analysen hinausgehende Aspekte diskutiert werden sollen.

Sowohl die Aktualisierungs- als auch die Lokalisierungsfragen werden in sequentiellen Umgebungen platziert, in denen Gefühle oder psychosoziale Probleme der Patienten thematisiert werden. Meist werden sie nach einer längeren Schilderung der Patienten von belastenden Erlebnissen eingesetzt. Die Therapeuten nutzen also die interaktive Umgebung und knüpfen mit ihren Fragen oder Erklärungen an aktuelle und bereits etablierte Themen an. Die Patienten wissen, auf welcher thematischen `Folie` die Interventionen eingesetzt werden, die „inferentielle Distanz“<sup>109</sup> ist minimal. Der unmittelbare sequentielle Anschluss an Erzählungen der Patienten, die auf psychische bzw. psychosoziale Probleme hinweisen, ist eine interaktive Ressource, derer sich die Therapeuten bedienen können, um ihren Standpunkt verstehbar und nachvollziehbar zu machen. Diese direkte sequentielle Verknüpfung erlaubt es ihnen, direkt aus dem laufenden Gespräch heraus bestimmte Erfahrungen und Empfindungen der Pa-

---

<sup>109</sup> Peräkylä (1998) hat festgestellt, dass Ärzte Diagnosen hauptsächlich in solchen sequentiellen Umgebungen als schlichte Feststellungen ohne Begründungen realisieren, in denen eine gewisse Evidenz vorhanden ist, z.B. unmittelbar nach der körperlichen Untersuchung oder nachdem die Ärzte sich ein Röntgenbild angeschaut haben. In diesem Zusammenhang hat er den Begriff der `inferentiellen Distanz` geprägt: Die Patienten können also einen unmittelbaren Zusammenhang von den Untersuchungen und der Diagnose herstellen und daraus Inferenzen ziehen, die `inferentielle Distanz` ist in solchen Fällen also sehr gering.

tienten relevant zu setzen, zu problematisieren und in therapeutisch relevantes Material zu überführen. Solche Relevantsetzungen und 'Überführungen' können als grundlegende psychotherapeutische Verfahren angesehen werden, die es ermöglichen, den Patienten neue Perspektiven auf, Einsichten in und Erklärungen für ihre Beschwerden zu ermöglichen (vgl. Bercelli et al. 2003; Buttny 1996). Die Aktualisierungsfragen knüpfen unmittelbar an Schilderungen der Patienten an und rahmen diese neu, indem sie sie in einen neuen Kontext stellen: Die Belastungen, die die Patienten schildern, werden mit Gefühlen und körperlichen Beschwerden der Patienten in Verbindung gebracht und erhalten so eine therapeutisch relevante Dimension. In den Lokalisierungsfragen selektieren die Therapeuten einen bestimmten Aspekt der Schilderungen der Patienten, die Gefühle, und verbinden diese mit möglichen körperlichen Beschwerden der Patienten. Auch mit diesen Fragen wird eine bestimmte Information über die Patienten relevant gesetzt und durch die Verbindung mit einem psychosomatischen Modell zu therapeutischem Material. Auch die Zusammenführungen werden oft im Anschluss an Schilderungen der Patienten eingesetzt, die auf psychosoziale Belastungen der Patienten hinweisen. Zum Teil nutzen die Therapeuten allerdings auch andere sequentielle Umgebungen, z.B. die Thematisierung der Zurückhaltung des Patienten, die sie problematisieren, um darauf eine Zusammenführung aufzubauen. Auch mit Zusammenführungen, sowohl mit solchen, die direkt an Belastungen der Patienten anknüpfen, als auch mit solchen, die in anderen sequentiellen Umgebungen eingesetzt werden, werden Erfahrungen und Empfindungen der Patienten relevant gesetzt und durch die Einordnung in ein psychosomatisches Modell in therapeutisches Material überführt.

Mit allen der hier untersuchten Verfahren arbeiten die Therapeuten systematisch an einer Übereinstimmung ihres zugrunde liegenden psychosomatischen Modells und den tatsächlichen Empfindungen bzw. Krankheitsüberzeugungen der Patienten. Wenn die Patienten (in Bezug auf die Aktualisierungsfragen) keine Verbindung von Gefühlen bzw. Belastungen und ihren körperlichen Beschwerden herstellen können bzw. wenn sie (in Bezug auf die Lokalisierungsfragen) ihre Gefühle nicht einer bestimmten Körperregion zuordnen können, stellen die Therapeuten reformulierende Nachfragen oder bitten die Patienten, ihren Empfindungen bewusst nachzuspüren. Die Zusammenführungen weisen eine ganze Reihe von Merkmalen auf, die eine Präferenz für Zustimmung deutlich machen: So finden sich beispielsweise dreigliedrige Listenstrukturen, die Aussagen unterstreichen und verstärken können und eine (zustimmende) Antwort der Patienten einfordern (vgl. Hutchby 2006; Jefferson 1991). Die Therapeuten expandieren ihre Zusammenführungen nach nur minimalen Äußerungen der Patienten, indem sie z.B. ihre Äußerungen reformulieren oder Rückbezüge einsetzen. Teilweise werden

Fragen am Ende der Zusammenführung eingesetzt wie beispielsweise „können sie sich das vorstellen“, die nicht nur eine Stellungnahme des Patienten einfordern, sondern auch eine Präferenz für Zustimmung beinhalten.

Alle drei der hier beschriebenen Verfahren können als ‚B-event‘-Handlungen (vgl. Labov/Fanshel 1977) interpretiert werden. Sie heben auf Informationen ab, zu denen die Patienten einen privilegierten Zugang, einen ‚first oder access‘ (vgl. Heritage/Raymond 2005: 17), haben. In Bezug auf die Aktualisierungs- und Lokalisierungsfragen wird sogar auf die Empfindungen und Gefühle der Patienten, ihre „archetypical private experiences“ (vgl. Parkinson/Manstead 1993), abgehoben. Die Patienten können daher in ihren Antworten Glaubwürdigkeit beanspruchen, und zwar erst einmal unabhängig von der tatsächlichen Validität ihrer Aussagen (vgl. Pomerantz 1984b: 614). Es zeigt sich allerdings, dass die Therapeuten den privilegierten Zugang der Patienten zu ihren eigenen Empfindungen zum Teil infrage stellen. So konfrontieren sie die Patienten im Anschluss an Aktualisierungsfragen z.B. mit ihrer eigenen Wahrnehmung, die sie den Empfindungen der Patienten entgegenhalten (vgl. Kapitel 7.1.1). Auch im Anschluss an Lokalisierungsfragen kann es dazu kommen, dass Therapeuten sich über die Empfindungen der Patienten hinwegsetzen, wenn die Patienten ihre Gefühle nicht in dem von den Therapeuten vorgeschlagenen Körperteil lokalisieren können: In Kapitel 7.1.2 (Beispiel (4)) wurde demonstriert, dass die Therapeutin die Empfindungen der Patientin massiv anzweifelt und beständig hinterfragt, da diese ihre Gefühle nicht, wie von der Therapeutin vorgeschlagen, in ihrem Bauch lokalisieren kann. Die Therapeuten setzen sich nicht nur über die Empfindungen, sondern auch über das Wissen, der Patienten hinweg. So wurde in Kapitel 7.3 (Beispiel (2)) gezeigt, dass die Therapeutin die Zurückweisung ihrer psychosomatischen Zusammenführung nicht gelten lässt: Nachdem die Patientin den Ärger als Beschwerdeauslöser zurückgewiesen und dies mit dem Auftreten der Beschwerden in emotionsneutralen Situationen begründet hat, eruiert die Therapeutin zunächst, ob diese Situationen nicht doch ein Belastungspotential beinhalten könnten. Obwohl die Patientin ein solches Belastungspotential nicht anerkennt, empfiehlt die Therapeutin ihr dennoch, gezielt auf mögliche, den Beschwerden vorangehende, Belastungen zu achten. Dieses Hinwegsetzen über den privilegierten Zugang scheint ein Spezifikum für psychotherapeutische Gespräche zu sein. In Alltagsgesprächen gestehen Interaktanten sich gegenseitig den privilegierten Zugang zu ihren Erfahrungen zu (vgl. Sacks 1984). Das Hinwegsetzen über diesen privilegierten Zugang kann selbst zwischen intimen Freunden als problematisch bewertet und auch markiert werden. Zum Beispiel deskalisieren Sprecher, die eine Aussage über Bereiche treffen, zu denen das Gegenüber einen primären Zugang hat, ihre Äußerungen oft sukzessive und minimieren somit den

Anspruch auf das Wissen über den Interaktionspartner (vgl. Staske 2002: 255). In psychotherapeutischen Gesprächen hingegen werden die Erfahrungen und auch Gefühle der Patienten zu öffentlich gemachten „Untersuchungsgegenständen“, die von den Therapeuten hinterfragt und herausgefordert werden können. Dadurch wird den Patienten die letztgültige Autorität über ihre eigenen Erzählungen und Empfindungen aberkannt (vgl. Buttny 1996: 149).

Ein Charakteristikum von psychosomatischen Erklärungen ist das Fehlen von eindeutigen Befunden. Die Therapeuten können keine medizinisch validen und objektiven Evidenzen einsetzen. Daher funktionieren die hier analysierten Verfahren anders als z.B. medizinische Diagnosen, die auf objektivierbare Untersuchungs- und Testergebnisse rekurrieren und so, zumindest im ‚Idealfall‘, eine „überzeugende Zuordnung von Beschwerdebildern zu einem Krankheitsbegriff“ (Pschyrembel 2002: 361) vornehmen können. Die Therapeuten ziehen vielmehr Indizien aus den Erzählungen der Patienten heran, die auf eine psychosomatische Erkrankung hindeuten. Diese für sie relevanten Informationen können die Therapeuten entweder mit gezielten Fragen elizitieren oder aus den von den Patienten unaufgefordert eingebrachten Erzählungen ‚herausfiltern‘. Sie können die Patienten entweder im direkten sequentiellen Anschluss mit diesen Indizien konfrontieren (z.B. mithilfe von Aktualisierungs- oder Lokalisierungsfragen) oder sie für einen späteren Zeitpunkt aufheben und systematisch, z.B. als biographische Evidenzen in Zusammenführungen, einsetzen.

In Kapitel 7.2 wurden Patientenreaktionen auf psychosomatische Zusammenführungen untersucht. Es zeigte sich, dass die Patienten Zusammenführungen oft nicht nur minimal ratifizieren oder zurückweisen. Sie setzen in ihren Antworten vielmehr häufig ihre eigenen Erfahrungen und Perspektiven relevant und liefern damit auch konkrete Begründungen für ihre Zustimmungen bzw. Ablehnungen. Eine Zuordnung nach Zustimmung oder Ablehnung des zugrunde liegenden psychosomatischen Modells ist allerdings nicht immer möglich. Patienten können beispielsweise eigene biographische Evidenzen für Belastungssituationen liefern, ohne damit Stellung zu der psychosomatischen Erklärung als solcher zu beziehen. Auch können sie durch das Anführen von Kontraevidenzen die von den Therapeuten angebotenen Beschwerdeursachen ablehnen, ohne dass ihre Reaktionen einen Schluss darüber zulassen, ob sie generell eine psychosomatische Erklärung für ihre Beschwerden zurückweisen. In den Analysen zeigte sich, dass das durch den Einsatz von Rückbezügen (biographischen Evidenzen) realisierte ‚multi-unit‘-Design der psychosomatischen Zusammenführungen problematisch sein kann (vgl. Peräkylä 2005: 173): Patienten können biographische Evidenzen (sowohl zustimmend als auch ablehnend) aufgreifen, weiter führen und damit die Zusammenführung von ih-

rem eigentlichen Zielpunkt ablenken (vgl. *ibid.*). Dies kann dazu führen, dass die Zusammenführung zunächst einmal suspendiert wird, um die von den Patienten eingebrachten Informationen zu bearbeiten. Die Patienten liefern so allerdings auch oft neue und differenziertere Informationen über ihre Lebenswirklichkeit und Einstellungen zu ihren Beschwerden. Dadurch erhalten die Therapeuten also auch Ressourcen, die sie für die weitere Arbeit mit den Patienten nutzen können.

In Kapitel 7.3 wurde anhand von zwei Interaktionsverläufen demonstriert, wie sich die Erarbeitung des Krankheitsverständnisses im Anschluss an eine psychosomatische Zusammenführung weiter entwickelt. Es zeigte sich, dass die Therapeuten zum Teil sehr zielgerichtet und systematisch an einem psychosomatischen Erklärungsmodell arbeiten und die Zweifel, Einwände und abweichenden Krankheitsvorstellungen der Patienten nicht immer gelten lassen. Anhand des ersten Beispiels wurde u.a. demonstriert, dass die Therapeutin präsupponierende und suggestive Fragen einsetzt und sich so ihre Ursachenvorstellung über die Beschwerden der Patientin sukzessive von der Patientin bestätigen lässt. Im zweiten Beispiel zeigte sich die Zielgerichtetheit der Therapeutin beispielsweise an der Tatsache, dass sie die von der Patientin eingebrachten Argumente gegen eine psychosomatische Erkrankung nicht immer gelten lässt. Sie nimmt vielmehr gerade diese Argumente zum Anlass, um mögliche psychische bzw. psychosoziale Ursachen der Beschwerden zu explorieren. In beiden Fällen gelingt es der Therapeutin letztendlich nicht, die Patientinnen zu einer Zustimmung zu den von ihr etablierten psychosomatischen Zusammenhängen zu bewegen.

In Kapitel 8 wurde eine gescheiterte Aushandlung über ein alternatives Krankheitsverständnis im Verlauf mehrerer Sitzungen nachvollzogen. Therapeut und Patientin einigen sich nicht auf ein gemeinsames Krankheitsverständnis, sondern beharren auf ihren jeweiligen Standpunkten. Der Therapeut konfrontiert die Patientin wiederholt mit dem Krankheitsbild „Funktionsstörungen“ und weist mit diesem Krankheitsbild die Forderung der Patientin nach einer Operation zurück. Die Patientin hingegen besteht auf einem organischen Krankheitsmodell und fordert eine Operation ein. Sie wehrt sich gegen die Kategorisierung `psychosomatisch`, die der Therapeut jedoch gerade explizit zu vermeiden versucht. Diese unterschiedlichen Standpunkte führen zu wiederholten `Aushandlungsschleifen`, Rechtfertigungsaktivitäten des Therapeuten und einer Blockadehaltung der Patientin. Auch das Angebot des Therapeuten, die Patientin psychosozial zu entlasten, wird von der Patientin systematisch abgeblockt.

Der Therapeut hält einerseits zwar an seinem Standpunkt fest und konfrontiert die Patientin wiederholt mit der Möglichkeit einer nicht durchgeführten Operation bzw. bietet ihr mehrfach psychosoziale Entlastung an. Andererseits macht er wiederholt Zugeständnisse an die Patientin und stuft seine Vorschläge, sowohl prospektiv als auch retrospektiv, herab. Damit unterminiert er seine Handlungsmöglichkeiten und letztendlich seine Kompetenz

Seine explizite Vermeidung einer psychosomatischen Kategorisierung führt zu zum Teil konfusem und auch hilflosen Äußerungen, die durch eine Vielzahl von Dispräferenzmarkierungen geprägt sind. Gerade durch diese Markierungen erhalten seine Argumentationen eine brisante Qualität (vgl. Bergmann 1992), die von der Patientin auch so interpretiert und dementsprechend aufgegriffen werden.

Die in Kapitel 8 dargestellte Bearbeitung ist insofern ein für diese Gespräche untypisches Beispiel, als der Therapeut eine psychosomatische Erklärung für die Beschwerden der Patientin systematisch ausblendet. Wie oben bereits dargestellt, zeichnen sich viele der hier untersuchten Gespräche durch die methodische und beharrliche Arbeit der Therapeuten an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis aus. Einige Therapeuten bestehen zum Teil regelrecht auf einem psychosomatischen Krankheitsmodell, auch bzw. gerade wenn die Patienten diese nicht anerkennen. In einem Fall (Kapitel 7.1.2, Beispiel (4)) versucht die Therapeutin durch wiederholtes Fragen, die Patientin dazu zu bewegen, einen Zusammenhang von ihrem Ärger und ihren Bauchbeschwerden herzustellen. Die Suche nach einer für die Therapeutin zufriedenstellenden Antwort erhält am Ende fast schon groteske Züge, da die Patientin, die anfangs noch bemüht ist, eine 'passende' Antwort zu finden, ihre Gefühle in unterschiedlichen Körperregionen, nicht aber im Bauch, lokalisiert. Auch Zurückweisungen von psychosomatischen Zusammenführungen werden nicht immer akzeptiert. In einem Fall (Kapitel 7.2, Beispiel (11)) lehnt die Patientin die Zusammenführung mit dem Verweis darauf ab, dass sie in Belastungssituationen nicht in Depressionen verfällt, sondern immer nach Auswegen sucht. Die Therapeutin problematisiert dieses Verhalten, indem sie darauf hinweist, dass dies auch ein „Hinweggehen“ über wesentliche Gefühle beinhalten kann. Da die Patientin auf diese Äußerung nicht reagiert, weist die Therapeutin darauf hin, dass sie ihre Schmerzen ignoriert. Obwohl auch dies von der Patientin zurückgewiesen wird, bricht die Therapeutin ihre Intervention nicht ab und problematisiert erneut das Unterdrücken von wesentlichen Gefühlen. In Kapitel 7.3 (Beispiel (2)) wurde gezeigt, dass die Therapeutin die von der Patientin eingebrachten Argumente gegen ihre Zusammenführung nicht akzeptiert. Sie nutzt diese Argumente vielmehr, um darauf aufbauend mögliche psychosoziale Belastungen zu explorieren.

Es ist zu vermuten, dass diese (auch in anderen Sequenzen nachweisbare) Insistenz und Zielgerichtetheit der Therapeuten zu einem nicht unerheblichen Teil aus den institutionellen Vorgaben resultiert. Die Therapeuten halten, zum Teil bedenklich massiv, an den Zielvorgaben fest und versuchen die institutionell vorgegebene Agenda `abzuarbeiten´. Dies kann, auch abseits der expliziten Erarbeitung an einem psychosomatischen Krankheitsverständnisses, zu erheblichen interaktionellen Störungen führen. So zeigt sich z.B. in Kapitel 8, dass der Therapeut wiederholt versucht, die Patientin dazu zu bewegen, ein Symptomtagebuch zu führen, obwohl die Patientin dies ausdrücklich ablehnt. Dies führt dazu, dass der Therapeut den Nutzen eines Symptomtagebuchs sukzessive herunterstuft und letztendlich die Notwendigkeit eines solchen Tagebuchs unterminiert.

Die Direktheit und Massivität der Interventionen ist sicher auch auf den begrenzten zeitlichen Rahmen zurückzuführen. Die Therapeuten haben maximal fünf Sitzungen, um mit den Patienten an einem psychosomatischen Krankheitsmodell zu arbeiten bzw., um sie für eine weiterführende Psychotherapie zu motivieren. Halten die Therapeuten an den präzise formulierten Zielvorgaben und Handlungsanweisungen fest, bleiben ihnen nicht viele Möglichkeiten, individuelle, auf den Patienten, seine Beschwerden und seine Lebenswirklichkeit zugeschnittene Interventionen einzusetzen.

Ein weiteres Problem der Studie ist, dass die medizinischen Untersuchungen zum Zeitpunkt der Gespräche oft noch nicht abgeschlossen sind. Die Patienten hoffen also in vielen Fällen noch auf einen Befund, der ihre Beschwerden erklären kann. Die Therapeuten sehen sich somit vor das Problem gestellt, die Patienten bereits zu einem Zeitpunkt mit alternativen Erklärungen für ihre Beschwerden konfrontieren zu müssen, zu dem die Patienten noch die Hoffnung haben, dass ihre Beschwerden organisch erklärbar und damit auch biomedizinisch therapierbar sind. Anhand der Analysen in Kapitel 8 wurde demonstriert, wie drastisch sich diese Situation auf die Interaktion auswirken kann. Die Patientin hält daran fest, dass die letzte noch anstehende Untersuchung Befunde erbringt, die ihre Bauchbeschwerden eindeutig erklären können und sie auf dieser Grundlage operiert werden kann. Auch wenn der Therapeut es gerade vermeidet, der Patientin ein psychosomatisches Modell für ihre Beschwerden anzubieten, kommt es aufgrund seiner wiederholten Thematisierung einer eventuell nicht durchgeführten Operation zu zum Teil massiven interaktionellen Kollisionen, die sich auf die gesamte therapeutische Beziehung auswirken und die bis zum Ende der vierten Sitzung nicht bearbeitet werden.

Nicht alle der Therapeuten arbeiten offensiv und insistent an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis. Es lassen sich durchaus unterschiedliche Stile der einzelnen Therapeuten ausmachen. Auch wenn ein systematischer Vergleich im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden kann, soll an dieser Stelle kurz auf die therapeutischen Stile eingegangen werden. Dazu werden exemplarisch die Gespräche mit zwei sehr unterschiedlich arbeitenden Therapeuten (T I und T V) herangezogen<sup>110</sup>. Der Therapeut T I hat einen `offenen` Stil und lässt den Patienten viel Gestaltungsspielraum. Die Therapeutin T V hingegen verfolgt einen `interventiven` Stil und arbeitet systematisch an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis.

Der Therapeut T I bietet den Patienten viel Raum für Erzählungen und Schilderungen und nimmt sich in seinen Interventionen zurück. Er lässt die Patienten zu einem großen Teil die Gespräche gestalten und orientiert sich an der jeweiligen Patientenagenda. Er positioniert sich über weite Strecken der Gespräche als Rezipient und stellt oft nur kurze, detaillierende Nachfragen. Dies kann dazu führen, dass Patienten ausführlich Situationen aus ihrem Leben schildern, ohne dass sich daraus immer Anknüpfungspunkte für die psychotherapeutische Arbeit ergeben. Wenn der Therapeut psychosomatische Zusammenführungen einsetzt, besteht er bei Ablehnungen oder Zweifeln nicht im direkten Anschluss auf einer weiteren Aushandlung. Er lässt die Patienten zunächst ihre Perspektive erläutern und kommt zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch auf eine psychosomatische Erklärung zurück. In den Gesprächen mit diesem Therapeuten findet eine explizite Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses oft nicht statt.

Die Therapeutin T V hingegen arbeitet sehr explizit und offensiv an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis. Die Gespräche mit dieser Therapeutin haben geradezu einen `Überführungscharakter`, da sie die Äußerungen der Patienten gezielt aufgreift, um darauf aufbauend psychosomatische Erklärungen zu entwickeln. Sie geht von vornherein von einer psychosomatischen Erkrankung der Patienten aus und arbeitet zielgerichtet daran, die Patienten für eine psychosomatische Erklärung für ihre Beschwerden zu gewinnen. Sie betreibt dabei gezielte `Ursachenforschung` und macht dies auch transparent, z.B. indem sie die Metapher der „Suche nach der Nadel im Heuhaufen“ einsetzt. Die Therapeutin eruiert systematisch das Belastungspotential der von den Patienten geschilderten Situationen und setzt gezielt verschiedene Interventionen wie z.B. Aktualisierungs- und Lokalisierungsfragen, ein, die sie im

---

<sup>110</sup> Die von diesen Therapeuten geführten Gespräche werden in der Datentabelle in Kapitel 5.2 aufgeführt. Da in den Gesprächen mit Therapeut T I das Krankheitsverständnis allerdings selten explizit bearbeitet wird, wurde in diese Arbeit nur eine Analyse aus den von ihm geführten Gesprächen einbezogen. Ausschnitte aus den von T V geführten Gesprächen finden sich aufgrund ihrer offensiven Arbeit an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis dementsprechend häufiger.

Anschluss weiter bearbeitet. Die Patienten werden wiederholt mit Fragen konfrontiert, die sie dazu auffordern, selber einen psychosomatischen Zusammenhang herzustellen. Sie werden also in die Erklärungsarbeit einbezogen und sollen selbständig ein auf sie zutreffendes psychosomatisches Modell entwickeln. Die Therapeutin setzt systematisch und zum Teil massiv psychosomatische Zusammenführungen ein und arbeitet auch nach Zurückweisungen der Patienten weiter an einem psychosomatischen Erklärungsmodell. Es ist gerade bei dieser Therapeutin zu beobachten, dass sie sich streckenweise über den privilegierten Zugang der Patienten zu ihrer Lebenswelt hinwegsetzt. Die Therapeutin etabliert des Öfteren eine Dichotomie von Physis und Psyche. So argumentiert sie z.B. mit den negativen Organbefunden der Patienten, um ihr psychosomatisches Modell zu plausibilisieren. Sie setzt in der Arbeit mit allen Patienten ähnliche Erklärungen und Interventionen ein und arbeitet systematisch an einem psychosomatischen Krankheitsverständnis, unabhängig davon, ob die Patienten ihren Erklärungen umfassend zustimmen, sie teilweise anerkennen oder zurückweisen.

In der Auseinandersetzung mit den Daten wurden einige problematische Vorgehensweisen der Therapeuten identifiziert, die im Folgenden, zum Teil auch im Hinblick auf mögliche Handlungsalternativen, diskutiert werden sollen.

Problematisch ist die den psychotherapeutischen Verfahren oftmals zugrunde liegende Monokausalität. Die Therapeuten etablieren vielfach einen direkten, kausalen Zusammenhang von psychischen Phänomenen (Gefühlen, Belastungen) und einer somatischen Repräsentation bzw. Reaktion darauf. So wird z.B. in den Aktualisierungsfragen ein direkter Zusammenhang von belastenden Situationen bzw. Gefühlen und einer körperlichen Reaktion erfragt und weiter bearbeitet. Die Lokalisierungsfragen weisen im Vergleich zu den Aktualisierungsfragen sogar eine stärkere Präsupposition auf, indem sie von vornherein nahe legen, *dass* Gefühle im Körper 'sitzen' und dass eine direkte Verbindung von Gefühlen und körperlichen Beschwerden existiert. Auch in den Zusammenführungen wird ein direkter Zusammenhang von psychischen bzw. psychosozialen Belastungen und einer körperlichen Reaktion etabliert. Dieser in den Verfahren etablierte lineare Ursache-Wirkungs-Zusammenhang reicht allerdings als Erklärungsprinzip für psychosomatische Störungen nicht aus (vgl. Bräutigam et al. 1997: 49). In der neueren Psychosomatik geht es um ein integratives und multifaktorielles Verständnis von Pathogenese: Heterogene Einflüsse wie körperliche und seelische Faktoren, genetische und Umwelteinflüsse, physiologische, psychologische und soziologische Parameter bedingen sich wechselseitig und ergänzen sich gegenseitig (vgl. *ibid.*). Gerade die Entstehung somatoformer

Störungen wird als ein „komplexer, multifaktorieller Prozess angesehen, in dem psychodynamische, lerntheoretische, familiendynamische, systemische, soziologische, psychophysiologische, neurobiologische und genetische Aspekte ineinandergreifen“ (Scheidt 2002: 111; vgl. Kriebel et al. 1996). Die hier untersuchten psychotherapeutischen Verfahren reflektieren diese Komplexität und Wechselwirkung nicht.

Die Problematik der den Verfahren zugrunde liegenden monokausalen Erklärungsstruktur zeigt sich auch an den Patientenreaktionen im Anschluss an Aktualisierungs- bzw. Lokalisierungsfragen. Die Beschwerden der Patienten sind komplex, teilweise diffus und oft chronisch und lassen sich nicht (immer) auf ein einziges Gefühl oder eine spezifische belastende Situation zurückführen. Die Patienten können daher selten die von den Therapeuten etablierten Zusammenhänge von Gefühlen/Belastungen und ihren körperlichen Beschwerden bestätigen. Sie können zum Teil zwar, im Anschluss an die Aktualisierungsfragen, ein aufgrund der von ihnen geschilderten Belastungen evoziertes Gefühl identifizieren. Eine Veränderung oder Verstärkung ihrer eigentlichen Beschwerden stellen sie jedoch nicht fest. Auch im Anschluss an Lokalisierungsfragen können die Patienten keine direkte Verbindung von einem bestimmten Gefühl und ihren körperlichen Beschwerden feststellen, auch wenn sie zum Teil eine Körperregion identifizieren können, in der ihre Gefühle lokalisiert sind.

Als ein weiterer Punkt soll die interaktive Bearbeitung der psychosomatischen Zusammenführungen bzw. generell die Arbeit an einem psychosomatischen Erklärungsmodell diskutiert werden. Wie in einigen Analysen gezeigt wurde, lassen die Therapeuten die Zweifel und Zurückweisungen der Patienten nicht immer gelten, sondern arbeiten zum Teil sehr zielgerichtet weiter an einer Zustimmung zu einem psychosomatischen Erklärungsmodell und setzen sich dabei streckenweise auch über die Empfindungen oder das Wissen der Patienten hinweg. Eine mögliche Alternative zu dieser zielgerichteten `Zustimmungsarbeit` wäre es, die Patientenreaktionen nicht so sehr nach Zustimmung oder Zurückweisung zu beurteilen, sondern psychosomatische Erklärungen eher als ein Angebot zu verstehen, das die Patienten in unterschiedliche Richtungen weiterentwickeln können. Casement (2002: 8) macht für psychoanalytische Deutungen einen ganz ähnlichen Vorschlag: Er schlägt vor, die Deutungen nicht so dogmatisch zu realisieren, dass den Patienten letztendlich nur übrig bleibt, die Deutung zu akzeptieren oder sie abzulehnen. Die Patienten sollten vielmehr die Möglichkeit erhalten, mit der Deutung zu spielen oder „etwas daraus zu machen“. Sie sollten die Chance bekommen, die Deutung im Prozess zu verändern und sie dadurch zu ihrer eigenen zu machen. In Bezug auf psychosomatische Erklärungen hieße das z.B., auch die somatischen Kausalattributionen der Pa-

tienten aufzugreifen und in das Krankheitsmodell einzubeziehen. Letztendlich ginge es dann nicht so sehr darum, ein wissenschaftlich valides psychosomatisches, sondern ein flexibles und modifizierbares Modell zu etablieren, das die Patienten selbst für plausibel halten. Die Einbeziehung somatischer Faktoren könnte die Patienten auch insofern entlasten, als die von vielen gefürchtete Stigmatisierung als Simulant oder Hypochonder entschärft wäre.

Es ist prinzipiell zu überlegen, ob in der Arbeit mit Patienten, die kategorisch an einer organischen Krankheitsvorstellung festhalten, psychosomatische Erklärungsmodelle eingesetzt werden sollten. Eine Alternative wäre es, psychische Ursachen aus den Erklärungen herauszuhalten und verstärkt Erklärungen anzubieten, die auf die verschiedenen Körpervorgänge und –funktionen abheben. So schlagen z.B. Salmon et al. (1999) und Salmon (2007) vor, metaphorische Erklärungen einzubeziehen, die auf mechanische Vorgänge im Körper abheben. Auch Stressmodelle scheinen für viele Patienten mit somatoformen Störungen akzeptabel zu sein, da Stress eine Verbindung von psychosozialen Belastungen und körperlichen Beschwerden herstellen kann, ohne dass psychologische Erklärungen herangezogen werden müssen (vgl. Dao 2006). Das Stressmodell könnte somit möglicherweise eine Brücke darstellen, die es Patienten mit einer somatischen Krankheitstheorie erlaubt, auch psychosoziale Faktoren in ihre Erklärungen einzubeziehen und damit auch psychotherapeutische Behandlungsmethoden in Betracht zu ziehen.

Eine weitere Schwierigkeit stellen Zusammenführungen bzw. generell psychotherapeutische Interventionen dar, die sehr vorsichtig formuliert werden und die die Kategorie `psychosomatisch´ an der sprachlichen Oberfläche umgehen. Solche vorsichtigen Formulierungen können den Patienten ein `Schlupfloch´ lassen, da sie ausweichend antworten und so die Erarbeitung eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses zeitweise aussetzen können. Zur Illustration sei hier Beispiel (6) aus Kapitel 7.2 herangezogen. In ihrer Zusammenführung hat die Therapeutin die Frage gestellt „kennen sie das auch dass ihr Schmerz eben so von bestimmten Dingen auch abhängig ist die die nich so vom Körper her kommen“. Die Patientin hat daraufhin geantwortet, dass sie „Wetterveränderungen“ körperlich spürt. Damit hat sie die Frage zwar beantwortet, die Wetterveränderung ist ein nicht somatisch bedingter Faktor, im weiteren Interaktionsverlauf zeigt sich allerdings, dass die Therapeutin mögliche psychische Ursachen des Schmerzes eruieren wollte. Die Intervention als solche wird damit interaktionell aufwändiger, da die Therapeutin letztendlich doch nach psychischen Faktoren fragen muss. Die Möglichkeit, den Patienten bestimmte Rückzugsmöglichkeiten zu eröffnen (also z.B. die

in der Zusammenführung enthaltene Deutung zu umgehen) macht therapeutisch durchaus Sinn. Allerdings können implizite und vorsichtige Formulierungen den Patienten auch signalisieren, dass es sich bei dem Geäußerten um etwas potentiell Problematisches handelt, das eine vorsichtige sprachliche Organisation erfordert. Damit werden die Patienten möglicherweise überhaupt erst auf das (potentiell) Heikle der Aussage hingewiesen (vgl. Bergmann 1992). Besonders eindrücklich zeigte sich die Problematik von indirekten Äußerungen in den Analysen in Kapitel 8. Der Therapeut ist extrem darum bemüht, die Kategorisierung der Patientin als psychosomatisch zu vermeiden. Gerade aber seine vorsichtigen Formulierungen führen dazu, dass die Patientin sich in ihren Beschwerden nicht ernst genommen fühlt und dem Therapeuten vorwirft, ihr eine Einbildung ihrer Beschwerden zu unterstellen. Dies führt zu Reparaturen und Rechtfertigungen des Therapeuten und zu Glaubwürdigkeitsbekundungen der Patientin, die einen großen Teil des Gesprächs ausmachen. Dadurch wird eine produktive Bearbeitung des Krankheitsverständnisses verhindert und letztendlich die gesamte therapeutische Beziehung empfindlich gestört. Patienten, die an somatoformen Störungen leiden, haben oft lange medizinische Karrieren hinter sich. Sie wurden in der Regel häufiger mit der Diagnose `psychosomatisch` und nicht selten mit dem Vorwurf der Einbildung bzw. dem Simulanten- oder Hypochondertum konfrontiert. In dem hier untersuchten Setting spitzt sich die Lage insofern zu, als es sich um psychotherapeutische Gespräche handelt. Viele der Patienten sind daher in doppelter Hinsicht `auf der Hut` und entwickeln ein seismographisches Gespür für psychosomatische Zuordnungen.

Möglicherweise wäre ein offensiver Umgang mit solchen Befürchtungen bereits zu Beginn der Gespräche sowohl für die Patienten als auch für die Therapeuten entlastend. Es ginge dabei zum einen darum, die Befürchtungen der Patienten offen zu thematisieren und auch diesbezügliche Vorerfahrungen einzubeziehen. Zum anderen sollte eine ausführliche Aufklärung über psychosomatische Erkrankungen erfolgen, um so die vielfach noch vorherrschende Gleichsetzung von psychosomatischen Erkrankungen und Einbildung bzw. Simulanten- und Hypochondertum aufzuheben und die Legitimation psychosomatischer Krankheiten innerhalb des medizinischen Versorgungssystems anzuerkennen.

Ein grundsätzlicher Vorschlag ist es, mit der Entwicklung eines alternativen Krankheitsverständnisses bereits in Hausarztkonsultationen anzusetzen. Das Festhalten an einer somatischen Krankheitsüberzeugung, sowohl auf Seiten der Patienten als auch auf Seiten der Ärzte, führt oft zu aufwändigen und kostenintensiven Untersuchungen (vgl. Scheidt 2002: 111), zum Teil sogar zu schädlichen operativen Eingriffen (vgl. Nilges/Gerbershagen 1994) und letzt-

endlich auch zu einer `somatischen Fixierung´ der Patienten (vgl. AWMF-Leitlinie 2001, 051/001, 4). Psychosomatische Erklärungen werden oft erst dann einbezogen, wenn die biomedizinischen Untersuchungen abgeschlossen sind, ohne dass eine eindeutige Diagnose gestellt werden konnte. Damit erhalten psychosomatische Erkrankungen den Status einer Restkategorie, die dann greift, wenn organische Erkrankungen ausgeschlossen werden können (Nilges/Gerbershagen 1994). Hausärzte gehen oft a priori davon aus, dass Patienten mit somatoformen Störungen eine organische Krankheitsüberzeugung haben bzw. missverstehen die Patienten in ihren Anliegen und lassen sich daher vielfach auf überflüssige medizinische Untersuchungen und Eingriffe ein (vgl. Britten et al. 2000; Salmon et al. 1994; Cockburn/Pit 1997; Britten/Ukoumunne 1997). Untersuchungen zeigen aber, dass an somatoformen Störungen leidende Patienten in Hausarztconsultationen durchaus nicht mehr somatische Interventionen einfordern als Patienten mit medizinisch erklärbaren Symptomen und sogar mehr psychosoziale bzw. emotionale Unterstützung einfordern als letztere (Salmon et al. 2005). Es sollte also bereits in Hausarztgesprächen darum gehen, die psychosozialen Belastungen der Patienten zu eruieren und gemeinsam mit den Patienten ein Krankheitsmodell zu entwickeln, das psychosomatische und biomedizinische Erklärungen als gleichberechtigt anerkennt. Dies könnte nicht nur zu einer Entlastung sowohl der Patienten als auch der Ärzte führen, sondern auch überflüssige medizinische Interventionen verhindern und damit letztlich die Kosten für das Gesundheitssystem senken.

## Literatur

- Amarasingham Rhodes, L. (1996): Studying Biomedicine as a Cultural System. In Sargent, Carolyn F./Johnson, Thomas M. (eds.). *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method. Revised Edition*. Westport,CT/London: Praeger. 165-182.
- Anderson, H.; Goolishian, H. (1992): The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In McNamee, S./Gergen, K.J. (eds.). *Therapy as social construction*. London: Sage. 25-39.
- Antaki, C. (2008): Formulations in psychotherapy. In Peräkylä, A./Antaki, C./Vehviläinen, S./Leudar, I. (eds.). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press. 26-42.
- Antaki, C./Rapley, M. (1996): "Quality of life" talk: The liberal paradox of psychological testing. In *Discourse and Society* 7, 293–316.
- Antaki, C./Barnes, R./Leudar, I. (2004): Trouble in agreeing on a client's problem in a cognitive-behavioural therapy session. In *Rivista di Psicolinguistica Applicata* 4, 127-138.
- Antaki, C./Barnes, R./Leudar, I. (2005): Diagnostic formulations in psychotherapy. In *Discourse Studies* 7, 627-647.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001): *Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/008. Entwicklungsstufe: 2. Neurasthenie (ICD-10 F48.0) / Chronic Fatigue Syndrome*. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/051-008.htm>. Stand: 23.1.2009.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2001): *Leitlinien Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik. Somatoforme Störungen im Überblick. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 051/001 Entwicklungsstufe: 2*. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/051-001.htm>. Stand: 23.1.2009.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2008): *Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie des Fibromyalgiesyndroms. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 041/004 Entwicklungsstufe: 3+IDA*. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/ll/041-004.htm>. Stand: 23.1.2009
- AOK-Bundesverband. *Lexikon*. URL: [http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index\\_00293.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00293.html). Stand: 25.1.2009.
- Arksey, H. (1998): *RSI and the experts: The construction of medical knowledge*. London: UCL Press.
- Atkinson, J./Drew, P. (1979): *Order in Court. The organisation of verbal interaction in judicial settings*. London: MacMillan.

- Atkinson, J.M./Heritage, J. (eds.) (1984): *Structures of Social Action: Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Auchter, T./Strauss, L.V. (1999): *Kleines Wörterbuch der Psychoanalyse*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Auer, P. (1988): On Deixis and displacement. In *Folia Linguistica* XXII/3-4, 263-292.
- Auer, P. (1999): *Sprachliche Interaktion. Eine Einführung anhand von 22 Klassikern*. Tübingen: Niemeyer.
- Auer, P. (2005): Projection in Interaction and Projection in Grammar. In *Text* 25, 7-36.
- Auer, P. (2006): Increments and More. Anmerkungen zur augenblicklichen Diskussion über die Erweiterbarkeit von Turnkonstruktionseinheiten. In Deppermann, A./ Fiehler, R. /Spranz-Fogasy, Th. (eds.). *Grammatik und Interaktion. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen grammatischen Strukturen und Interaktionsprozessen*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung. 279-294.
- Bach M./Bach D. (1996): Alexithymia in somatoform disorder and somatic disease: a comparative study. In *Psychotherapy and Psychosomatics* 65, 150–152.
- Banks, J./Prior, L. (2001): Doing things with illness: The micro politics of the CSF clinic. In *Social Science and Medicine* 52, 11-23.
- Barsky A.J./Ettner S.L./Horsky J./Bates D.W. (2001): Resource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization. In *Medical Care* 39, 705–15.
- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. In *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 34, 313–321.
- Benjamin, S. (1989): Psychological treatment of chronic pain: a selective review. In *Journal of Psychosomatic Research* 33, 121-131.
- Bercelli, F./Viaro, M./Rossano, F. (2003): Intersession ‘Recallings’ in Psychotherapy. URL: [http://www-utenti.dsc.unibo.it/~fabrizio.bercelli/articoli\\_on\\_line/cardiff-1.htm](http://www-utenti.dsc.unibo.it/~fabrizio.bercelli/articoli_on_line/cardiff-1.htm). Stand: 23.1.2009.
- Bercelli, F./Rossano, F.; Viaro, M. (2008): Clients’ responses to therapists’ reinterpretations. In Peräkylä, A./Antaki, C./Vehviläinen, S./Leudar, Ivan (eds.) (2008): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press. 43-61.
- Bergmann, J. R. (1981): Ethnomethodologische Konversationsanalyse. In Schröder, P./Steger, H. (eds.): *Dialogforschung. Jahrbuch 1980 des Instituts für Deutsche Sprache*. Düsseldorf: Schwann.
- Bergmann, J. R. (1982): Schweigephasen im Gespräch – Aspekte ihrer interaktiven Organisation. In Soeffner, H.-G. (ed.). *Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie*. Tübingen: Gunter Narr Verlag. 143-181.

- Bergmann, J. R. (1992): Veiled Morality: Notes on Discretion in Psychiatry. In Drew, P./Heritage, J. (eds.). *Talk at Work. Interaction in institutional settings*. Cambridge: Cambridge University Press.137-162.
- Birkner, K. (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch. In *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, 152-183.
- Blanken, G. (1983): Bestätigungsfragen mit `nicht´ oder `doch´. In *Deutsche Sprache* 2, 250-260.
- Bleichhardt, G./Hiller, W. (2007): Somatoforme und dissoziative Störungen. In Leibing, E./Hiller, W./Sulz,S.K.D (eds.). *Das große Lehrbuch der Psychotherapie*, Bd. 3. Verhaltenstherapie. München: CIP-Medien-Verlag.
- Bock, K. D. (1993): *Wissenschaftliche und alternative Medizin. Paradigmen, Praxis, Perspektiven*. Berlin u.a.: Springer.
- Brähler, E./Strauß, B. (eds.) (2000): *Medizinische Psychologie und Soziologie. Ein praxisorientiertes Lehrbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Bräutigam, W./Christian, Paul (1986): *Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Bräutigam, W./Christian, P./von Rad, M. (1997): *Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch*. Stuttgart: Thieme.
- Britten N./Ukoumunne O. (1997): The influence of patients' hopes receiving a prescription on doctors' perceptions and the decision to prescribe. A questionnaire survey. In *British Medical Journal* 315,1506-1510.
- Britten N./Stevenson F.A./Barry C.A./Barber N./Bradley C.P. (2000): Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. In *British Medical Journal* 320, 484-488.
- Bühning, P. (2003): *Psychosomatische Erkrankungen: „Schieflage“ in der Versorgung*. In *Deutsches Ärzteblatt* 12: 546.
- Buttny, R. (1996): Client's and therapist's joint construction of the client's problem. In *Research on Language and Social Interaction* 29, 125-153.
- Casement, P.J. (2002): *Learning from Our Mistakes: Beyond Dogma in Psychoanalysis and Psychotherapy*. London: Routledge/New York: Guilford Press.
- Chafe, W. L. (1994): *Discourse, consciousness and time*. Chicago: Chicago University Press.
- Chenail, R.J./Fortugno, L. (1995): Resourceful figures in therapeutic conversations. In Morris, G.H./ Chenail, R.J. (eds.) *The talk of the clinic: Explorations in the analysis of medical and therapeutic discourse*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 71-88.
- Clark, C./Drew, P./ Pinch, T. (2003): Managing prospect affiliation and rapport in real-life sales encounters. In *Discourse Studies* 5: 5-31.

- Clauß, G./ Erhardt, G./Kulka, H. (1995): *Fachlexikon ABC Psychologie*. Frankfurt: Harri Deutsch.
- Clayman, S. (2002): Sequence and solidarity. In Lawler, E. J. /Thye, S. R. (eds.). *Advances in group processes: Group cohesion, trust and solidarity*. Oxford: Elsevier. 229–53
- Coburn, D./Willis, E. (2000): The medical profession: Knowledge, power and autonomy. In Albrecht, G./Fitzpatrick,R./Scrimshaw, S. (eds.). *Handbook of social studies in health & medicine*. London: Sage. 377-391.
- Cockburn J./Pit S. (1997): Prescribing behaviour in clinical practice: patients, expectations and doctors' perceptions of patients' expectations: A questionnaire study. In *British Medical Journal* 315, 520-523.
- Creed, F; Firth; Timoal M; Metcalf, R.; Pollock, S. (1990): Somatization and illness behaviour in a neurology ward. In *Journal of Psychosomatic Research* 34, 427-437..
- Creed, F.; Guthrie, E. (1993): Techniques for interviewing the somatising patient. In *British Journal of Psychiatry* 162, 467-471.
- Dao, M. D. (2006): *Making sense of illness in the absence of diagnosis: patients' and physicians' narratives of medically unexplained symptoms*. Master-Arbeit. McGill University, Montréal.
- Davis, K. (1986): The Process of Problem (Re)formulation in psychotherapy. In *Sociology of Health and Illness* 8, 44-74.
- De Swaan, A. (1990): *The management of normality: Critical essays in health and welfare*. New York: Routledge
- Deppermann, A./ Schmidt, A. (2003): Vom Nutzen des Fremden für das Eigene. Interaktive Praktiken der Konstitution von Gruppenidentität durch soziale Abgrenzung unter Jugendlichen. In Merckens, H./Zinnecker, J. (eds.). *Jahrbuch Jugendforschung* 3/2003. Opladen: Leske und Budrich. 25-56.
- Dilling, H./Mombour, W./ Schmidt, M. H. (2005): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Dowrick, CF; Ring, A.; Humphris G.; Salmon, P. (2004): Normalisation of unexplained symptoms by general practitioners: a functional typology. In *British Journal of General Practice* 54, 165-170.
- Dunbar, F. (1948): *Psychosomatic Diagnosis*. New York: Hoeber.
- Edwards, D. (1995): Two to tango: Script formulations, dispositions, and rhetorical symmetry in relationship troubles talk. In *Research on Language and Social Interaction* 28, 319 – 350.
- Egle, U.T. (2001): Die somatoforme Schmerzstörung. In *Synopsis* 5, 3-8.
- Egle, U.T./Nickel, R. (1998): Kindheitsbelastungsfaktoren bei Patienten mit somatoformen Störungen. In *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 44, 21-36.

- Ehlert U./Locher P./Hanker J. (1994): Psychoendokrinologische Untersuchung an Patientinnen mit chronischen Unterbauchsbeschwerden. In Kantenich H. (ed.) *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin u.a.: Springer. 202-212.
- Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. In *Science* 196: 129-136.
- Epstein, S. (1996): *Impure science, AIDS, activism and the politics of knowledge*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Epstein, R.M./Shields, C.G./Meldrum, S.C./Fiscella K./Carroll J./Carney, P.A./Duberstein, P.R. (2006): Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. In *Psychosomatic Medicine* 68, 269-276.
- Escobar J.I./ Burnam M.A./Karno M. (1987): Somatization in the community. In *Archives of General Psychiatry* 44, 713-718.
- Faller, H. (1990): *Subjektive Krankheitstheorie und Krankheitsverarbeitung bei Herzinfarktrehabilitanden*. Frankfurt a. M. u.a.: Lang.
- Faller, H. (1997). Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. In *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 45, 264-78 .
- Faller, H. (1998): Somatisierung, Krankheitsattribution und Public Health. In *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 46, 193-214.
- Feeney, J.A./Ryan, S.M. (1994): Attachment style and affect regulation: relationships with health behavior and family experiences of illness in a student sample. In *Health Psychology* 13, 334-345.
- Felson Duchan, J./Kovarsky, D. (eds) (2005): *Diagnosis as Cultural Practice*. New York: Mouton De Gruyter.
- Fiehler, R. (1990): *Kommunikation und Emotion. Theoretische und empirische Untersuchungen zur Rolle von Emotionen in der verbalen Interaktion*. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Filip, S.-H.; Aymanns, P. (1997): Subjektive Krankheitstheorien. In Schwarzer, R. (ed.): *Gesundheitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe: 3-21.
- Freud, S. (1999): *Gesammelte Werke*. Bd VII. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Freud, S.; Breuer, J. (1991): *Studien über Hysterie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Fritzsche, K; Ratz, U.; Federschmidt, H.; Zeeck, A (2003a): Psychosomatischer Liaisondienst in der Neurologie. Zusammenhänge zwischen Behandlungsbedarf und Realisierung psychotherapeutischer Interventionen. In *Nervenarzt* 74, 875–880.
- Fritzsche, K./ Geigges W./Richter, D./ Wirsching, M. (2003b): *Psychosomatische Grundversorgung*. Berlin u.a.: Springer

- Fritzsche, Kurt; Wirsching, Michael (o.J.): *Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes*. Abschlussbericht zum DFG-Antrag FR 1380/5-1 und 1380/5-2
- Gale, J. (1991): *Conversation analysis of therapeutic discourse: Pursuit of a therapeutic agenda*. Norwood, NJ: Ablex.
- Garfinkel, H. (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Garfinkel, H.; Sacks, H. (1976): Über formale Strukturen praktischer Handlungen. In Weingarten, E./Sack, F. (eds.). *Ethnomethodologie. Beiträge zu einer Soziologie des Alltagshandelns*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp. 130-176.
- Gebuhr, K. (2002): *Die vertragsärztliche Gegenwart im Lichte des Burn-out-Syndroms. Die wirtschaftliche Entwicklung und die ärztliche Selbstverwaltung in der vertragsärztlichen Meinung*. Brendan-Schmittmann-Stiftung des NAV-Virchow-Bundes, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschland, Berlin.
- Gertler, B. (2008): *Self-Knowledge*. URL: <http://plato.stanford.edu/entries/self-knowledge/>. Stand: 23.1.2009.
- Gill, V. T./Maynard, D.W. (1995): On 'Labeling' in Actual Interaction: Delivering and Receiving Diagnoses of Developmental Disabilities. In *Social Problems* 42,11-37.
- Goffman, E. (1967): *Interaction Ritual: Essays in Face to Face Behavior*. Garden City, New York: Doubleday.
- Goffman, E. (1971): *Relations in public: Microstudies of the public order*. New York: Harper and Row.
- Goldberg, D. P./Bridges, K. (1988): Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. In *Journal of Psychosomatic Research* 32, 137-144.
- Goldberg, D./Gask, L./O'Dowd, T. (1989): The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. In *Journal of Psychosomatic Research* 33, 689-695.
- Goodwin, C. (1986): Between and within: Alternative treatments of continuers and assessments, in: *HumanStudies* 9, 205-217.
- Goodwin, M. H. (1980): Processes of mutual monitoring implicated in the production of description sequences. In *Sociological Inquiry* 50, 303-317.
- Gray, R.E. (1998): Four perspectives on unconventional therapies. In *Health* 271, 55-74.
- Groeben, N./Scheele, B. (1977): *Argumente für eine Psychologie des reflexiven Subjekts*. Darmstadt: Steinkopff.
- Günther, S. (1999): Polyphony and the layering of voices in reported dialogues. In *Journal of Pragmatics* 31, 685-708.

- Günthner, S. (2006): Rhetorische Verfahren bei der Vermittlung von Panikattacken. Zur Kommunikation von Angst in informellen Gesprächskontexten. In *Gesprächsfor-*  
*schung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, 124-151.
- Guthrie, E.A. (1991): Brief psychotherapy with patients with refractory irritable bowel syn-  
drome. In *British Journal of Psychotherapy Research* 8, 175-188.
- Hak T./de Boer F. (1996): Formulations in first encounters. In *Journal of Pragmatics* 25, 83-  
99.
- Halonen, Mia (2008): Person reference as a device for constructing experiences as typical in  
group therapy. In Peräkylä,P./Antaki,C./Vehviläinen,S./Leudar, I. (eds.). *Conversation*  
*Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press. 139-151.
- Hamilton, H.(2003): Patients´ voices in the medical world: An exploration of accounts of  
non-compliance. In Tannen, D./Alatis, J. E. (eds.). *Linguistics, Language, and the*  
*Real World*. Washington D.C.: Georgetown University Press. 147-165.
- Hansen, M.S./Fink, P./Frydenberg, M./Oxhoj, M-L./Sondergaard, L./Munk-Jorgensen, P.  
(2001): Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection and  
treatment status. In *Journal of Psychosomatic Research* 50, 199-204.
- Hasenbring, M. (1990): Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept. In  
Muthny, R.A. (ed.): *Krankheitsverarbeitung, Hintergrundtheorien, klinische Erfas-*  
*sung und empirische Ergebnisse*. Berlin u.a.: Springer. 78-87.
- Heim, Nikolaus (1998): Leitideen und Menschenbilder in der Medizin. In *Zeitschrift für me-*  
*dizinische Ethik* 44, 231-246.
- Heim, E.; Willi, J. (1986): *Psychosoziale Medizin 2. Klinik und Praxis*. Berlin u.a.: Springer.
- Helman, C. G. (1988): Psyche, Soma, and Society: The Social Construction of Psychosomatic  
Disorders. In Lock, M./ Young, A. (eds.). *Biomedicine Examined: Dordrecht u.a.:*  
Kluwer Academic Publishers. 95-122.
- Henningsen, P./ Priebe, S. (1999): Modern disorders of vitality: the struggle for legitimate in-  
capacity. In *Journal of Psychosomatic Research* 46, 209-214.
- Henningsen, P./Hartkamp, N./Loew, T./Sack, M./Scheidt, C.E./Rudolf, G. (2002): *Somato-*  
*forme Störungen. Leitlinien und Quellentexte*. Schattauer: Stuttgart, New York.
- Henningsen, P./Jakobsen, T./Schiltenswolf, M.(Weiss, M.G. (2005).: Somatization revisited –  
diagnosis and perceived causes of common mental disorders. In *The Journal of Nerv-*  
*ous and Mental Disease* 193, 85–92.
- Heritage, J. (1984): *Garfinkel and ethnomethodology*. Cambridge: Polity.
- Heritage, J. (2002): The Limits of Questioning: Negative Interrogatives and Hostile Question  
Content. In *Journal of Pragmatics* 34, 1427-1446.

- Heritage, J. (2005) Revisiting authority in physician-patient interaction. In Duchan, J./Kovarsky, D. (eds). *Diagnosis as Cultural Practice*. New York: Mouton De Gruyter. 83-102.
- Heritage, J. (2008): Conversation Analysis as Social Theory. In Turner, B. (ed) *The New Blackwell Companion to Social Theory*, Oxford: Blackwell. 300-320.
- Heritage, J.; Watson, .R. (1979): Formulations as Conversational Objects'. In Psathas, G. (ed.) *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*, New York: Irvington. 123-62.
- Heritage, J./Sorjonen, M.-L. (1994): Constituting and maintaining activities across sequences: and-prefacing as a feature of question design. In *Language in Society* 23, 1-29.
- Heritage, J./Roth, A. (1995): Grammar and Institution: Questions and Questioning in the Broadcast News Interview. In *Research on Language and Social Interaction* 28,1-60.
- Heritage, J./Raymond, G. (2005): The Terms of Agreement: Indexing Epistemic Authority and Subordination in Assessment Sequences. In *Social Psychology Quarterly* 68,15-38.
- Hester, S./Eglin, P. (1997): *Culture in Action. Studies in membership categorization analysis*. Washington: International Institute for Ethnomethodology and Conversation Analysis. University Press of America.
- Housley, W./Fitzgerald, R. (2002): The Reconsidered Model of Membership Categorization Analysis. In *Qualitative Research* 2, 59-83.
- Hutchby, I. (2006): *Media Talk: Conversation Analysis and the Study of Broadcasting*. Glasgow: Open University Press.
- Hutchby, I./Wooffitt, R. (1998): *Conversation Analysis: Principles, Practices and Applications*. Cambridge: Polity Press.
- Hyden, L.-C./Sacks, L. (1998): Suffering, hope, and diagnosis: On the negotiation of chronic fatigue syndrome. In *Health* 2, 175-193.
- Jacobsen, E. (1996): *Entspannung als Therapie. Progressive Relaxation in Theorie und Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Jefferson, G. (1978): Sequential aspects of storytelling in conversation. In Schenkein, J. (ed.) *Studies in the organization of conversational interaction*. New York: Academic Press. 219-248.
- Jefferson, G. (1981): The abominable 'ne?' An exploration of post-response pursuit of response. In Schröder, P./Steger, H. (eds.) *Dialogforschung*. Düsseldorf: Schwann. 53-88.
- Jefferson, G. (1984). Notes on a systematic deployment of the acknowledgement tokens 'yeah' and 'mm hm'. In *Papers in Linguistics* 17, 197-216.

- Jefferson, G. (1991): List construction as a task and as a resource. In Psathas, G. (ed.), *Interaction competence*. Lanham, MD: University Press of America. 63-92.
- Kalitzkus, V. (2005): Ein ethnologischer Blick auf die Biomedizin. In Graumann, S./Grüber, K. (eds.). *Anerkennung, Ethik und Behinderung. Beiträge aus dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft*. Münster u.a.: Lit-Verlag. 195-210.
- Kangas, I. (2001): Making sense of depression: Perceptions of melancholia in lay narratives. In *Health* 5, 76-92.
- Kapfhammer, H.-P. (2007): Konzept, ätiologische Perspektive und Diagnostik somatoformer Störungen. In *Psychosomatik und Konsiliarpsychiatrie* 1, 85-96.
- Katon W./Lin E./Korff M./Russo J./Lipscomb P./ Bush T. (1991): Somatization: a spectrum of severity. In *American Journal of Psychiatry* 148, 34-40.
- Kenny, D.T. (2004): Constructions of chronic pain in doctor-patient relationships: Bridging the communication chasm. In *Patient Education and Counseling* 52, 297-305.
- Kindt, W. (1984): Zur interaktiven Behandlung von Deutungen in Therapiegesprächen. In *Journal of Pragmatics* 8, 731-751.
- Kirchner, B. (2003): "Wie sag' ich's meinem Patienten? Überlegungen zur psychosomatischen Zu(rück)weisung". In *Psychologische Medizin. Sonderheft Konsiliar-Liaisondienst* 2, 13-16.
- Kirmayer, L. J. (1988): Mind and Body as metaphors: Hidden Values in Biomedicine. In Lock, M./Gordon, D. (eds.). *Biomedicine Examined*. Dordrecht u.a.: Kluwer Academic Publishers. 57-93.
- Kirmayer, L. J./Robbins, J. M. (1991): Three forms of somatization in primary care: Prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. In *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 647-655.
- Kirmayer, L. J.; Young, A. (1998): Culture and somatization: clinical, epidemiological, and ethnographic perspectives. In *Psychosomatic Medicine* 60, 420-430.
- Kirmayer, L. J. (2000): Broken narratives: clinical encounters and the poetics of illness experience, in: Mattingly, C./Garro, Linda C. (eds.): *Narrative and the cultural construction of illness and healing*. Berkeley: University of California Press. 153-180.
- Kleinman, A. (1988) *The Illness Narratives. Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, A. (1995): *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.
- Kotthoff, H. (1993): Disagreement and concession in disputes. On the context sensitivity of preference structures. In *Language in Society* 22, 193-216.

- Kotthoff, H. (2006): Witzige Darbietungen als Talk-Shows. Zur konversationellen Konstruktion eines sozialen Milieus. In Koffhoff, H. (ed.) *Scherzkommunikation. Beiträge aus der empirischen Forschung*. Opladen. 145-191
- Kriebel R./Paar G.H./Stäcker K.-H. (1996): Somatisierung. In *Psychotherapeut* 41, 201-214.
- Labov, W./Fanshel, D. (1977): *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.
- Lalouschek, J. (2005): *Inszenierte Medizin. Ärztliche Kommunikation, Gesundheitsinformation und das Sprechen über Krankheit in Medizinsendungen und Talkshows*. Verlag für Gesprächsforschung.
- Langewitz, W./Kiss, A./Schächinger, H. (1998): Von der Wahrnehmung zum Symptom - vom Symptom zur Diagnose: Somatoforme Störungen als Kommunikationsphänomen zwischen Arzt und Patient. In *Schweizer Medizinische Wochenschrift* 128, 232-244.
- Langosch, K (1996). Subjektive Ätiologievorstellungen, Kontrollüberzeugungen und Behandlungserwartungen in der psychosomatischen Rehabilitation - eine Verlaufsstudie. Dissertation. Universität Freiburg.
- Lerner, G. (1996): On the `semi-permeable' character of grammatical units in conversation: Conditional entry into the turn-space of another speaker. In Ochs, E./Schegloff, E.A./Thompson, S.A. (eds.). *Interaction and Grammar*. Cambridge: Cambridge University Press. 238-276
- Levinson, S. C. (1983): *Pragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press
- Liddicoat, Anthony J. (2007): *An Introduction to Conversation Analysis*. London/New York: Continuum.
- Linell, P./Hofvendahl, J./Lindholm, C. (2003): Multi-unit questions in institutional interactions: Sequential organizations and communicative functions. In *Text* 23, 539–571.
- Lipowski, Z. J. (1968): Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine. III. Theoretical issues. In *Psychosomatic Medicine* 30, 395–422.
- Lipowski Z.J. (1988): Somatization: the concept and its clinical application. In *American Journal of Psychiatry* 145, 1358-1368.
- Lipowski, Z. J. (1990): Somatization and Depression. In *Psychosomatics* 31, 13-21.
- MacMartin, C. (2008): Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies, in: Peräkylä, A./Antaki, C./Vehviläinen, S./Leudar, I (eds.) (2008): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press. 80-99.
- Marchant-Haycox, S./Salmon, P. (1997): Patients' and doctors' strategies in consultations with unexplained symptoms: interactions of gynaecologists with women presenting menstrual problems. In *Psychosomatics* 38: 440-450.

- Martin, A./Korn, H.-J./Cebulla, M./ Saly, M./Fichter, M. M.; Hiller, W. (2007): Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen. In *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55, 31–41.
- Maynard, D.W. (1989): Notes on the Delivery and Reception of Diagnostic News Regarding Mental Disabilities. In Helm, D./Anderson, T. /Meehan, A.J./Rawls, A. (eds.). *Interactional Order: New Directions in the Study of Social Order*. New York: Irvington Press. 54-67.
- Maynard, D. W. (1991): Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse. In *American Journal of Sociology* 97, 448-95.
- Maynard, D.W. (2003): *Bad News, Good News: Conversational Order in Everyday Talk and Clinical Settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maynard, D. W. (2004): On Predicating a Diagnosis as an Attribute of a Person. In *Discourse Studies* 6, 53-76.
- Mayou, R./Levenson, J./Sharpe, M. (2003): Somatoform Disorders in DSM-V. In *Psychosomatics* 44, 449-451.
- McGee, D./Vento, A. del;/Bavelas, J. B. (2005): An Interactional Model of Questions as Therapeutic Interventions. In *Journal of Marital and Family Therapy* 31, 371-384.
- McQuown, N.A. (1957): Linguistic transcription and specification of psychiatric interview materials. In *Psychiatry* 20, 79-86.
- Meyer, C.; Rumpf, H.J; Hapke, U.; Dilling, H.; John, U. (2000): Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Ergebnisse der TACOS-Studie. In *Nervenarzt* 71, 535-42.
- Mishler, E. G. (1984): *The Discourse of Medicine. Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ, Ablex.
- Morschitzky, Hans (2000): *Somatoforme Störungen. Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. Berlin u.a.: Springer.
- Nettleton, S.; Watt, I.; O'Malley L.; Duffey, P. (2005): Understanding the narratives of people who live with medically unexplained illness. In *Patient Education and Counseling* 56, 205-210.
- Ney, M. (2004): *Subjektive Krankheitskonzepte von Patienten mit somatoformen Symptomen und ihre Veränderung im Rahmen der hausärztlichen Behandlung*. Dissertation. Universität Freiburg.
- Nickel, R./Egle U.T. (1999): *Therapie somatoformer Schmerzstörungen – Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie*.:Stuttgart: Schattauer.
- Nilges, P./Gerbershagen, H. U. (1994): Befund und Befinden bei Schmerz. In *Report Psychologie* 8, 12-25.

- Nimnuan, C./Hotopf, M./Wessely, S. (2001): Medically unexplained symptoms. An epidemiological study in seven specialities. In *Journal of Psychosomatic Research* 51, 361–367.
- Noyes, R. /Stuart, S.P./ Watson, D.B. (2008): A Reconceptualization of the Somatoform Disorders. In *Psychosomatics* 49, 14-22.
- Nübling, R. (1992): *Psychotherapiemotivation und Krankheitskonzept: Zur Evaluation psychosomatischer Heilverfahren*. Frankfurt a. M.: VAS.
- Osherson, S.D./Amarasingham, L.R. (1981): The machine Metaphor in Medicine. In Mishler, E. G. / Amarasingham, L.R./Osherson, S.D. Hauser, S. Waxler, N.E. Liem, R. (eds.) *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*. New York: Cambridge University Press, 218-249
- Page L.A./Wessely S. (2003): Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. In *Journal of the Royal Society of Medicine* 96, 223–27.
- Parkinson, B./Manstead, A.S.R. (1993): Making sense of emotions in stories and social life. In *Cognition and Emotion* 7, 295-323.
- Pennebaker J. W. (1992): *The psychology of physical symptoms*. Berlin u.a.: Springer.
- Peräkylä, A. (1995) *AIDS Counselling: Institutional interaction and clinical practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, A. (1998): Authority and accountability: The Delivery of Diagnosis in Primary Health Care. In *Social Psychology Quarterly* 61, 301-320.
- Peräkylä, A. (2004): Making links in psychoanalytic interpretations. In *Psychotherapy Research* 14, 289-307
- Peräkylä, A. (2005): Patients' responses to interpretations. A dialogue between conversation analysis and psychoanalytic theory. In *Communication and Medicine* 2, 163-176.
- Peräkylä, A./Silverman, D. (1991): Owing experience: Describing the experience of other persons. In *Text* 11, 441-480.
- Peräkylä, A./Antaki, C./Vehviläinen, S./Leudar, I. (2008): Analysing Psychotherapy in Practice. In Peräkylä, A./Antaki, C./Vehviläinen, S./Leudar, I. (eds.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press. 5-25.
- Peters, S.; Stanley, I.; Rose, M.; Salmon, P. (1997): Patients' accounts of medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. In *Social Science and Medicine* 46, 559-565.
- Peters S./Stanley I./Rose M./Salmon P. (1998): Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care. In *Social Science and Medicine* 46, 559-565.

- Phillips, K. A./Greenberg, B. D./Rasmussen, S. A. (2003): Should the DSM diagnostic groupings be changed? In Phillips, K.A./First, M.B./Pincus, H.A. (eds.). *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 57-84.
- Pittenger, R. E./Hockett, C. F./Danehy, John J. (1960): *The first five minutes*. Ithaca, NY: Paul Martineau.
- Pomerantz, A. (1975): *Second assessments: A Study of Some Features of Agreements/Disagreements*. Unveröffentlichte Dissertation. University of California, Irvine.
- Pomerantz, A. (1978): Compliment Responses. Notes on the Co-Operation of Multiple Constraints. In Schenkein, J. (ed.): *Studies in the Organization of Conversational Interaction*. New York: Academic Press. 79-112.
- Pomerantz, A. (1984a): Agreeing and Disagreeing with Assessments: Some Features of Preferred/Dispreferred Turn Shapes. In: Atkinson, J. M./Heritage, J. (eds.): *Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. 57-101.
- Pomerantz, A. (1984b). Giving a source or basis: The practice in conversation of telling "how I know". In *Journal of Pragmatics* 8, 607-25.
- Pomerantz, A. (1984c): Pursuing a response. In Atkinson, J.M./Heritage, J. (eds.), *Structures of social action. Studies in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.152-163.
- Pomerantz, Anita (2003): How patients handle their lay diagnoses during medical consultations. In *Texas Linguistic Forum* 45, 127-138.
- Postert, C. (1996): Das medizinische System: eine Beobachtung aus systemtheoretischer Perspektive, in: Wolf, A./Stürzer, M. (eds.): *Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie*. Berlin: VWB. 1-9.
- Potter, J. (1996): *Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage
- Pschyrembel, W. (2002): *Klinisches Wörterbuch*. 259. Auflage. Berlin/New York: Walter de Gruyter.
- Pudlinski, C. (2003): Hot call to a warm line: Preliminary explorations into doing suicide prevention.  
URL:[http://www.allacademic.com//meta/p\\_mla\\_apa\\_research\\_citation/1/1/2/1/3/pages\\_112134/p11\\_134-1.php](http://www.allacademic.com//meta/p_mla_apa_research_citation/1/1/2/1/3/pages_112134/p11_134-1.php). Stand: 23.1.2009.
- Quasthoff, U. (1981): Zuhöreraktivitäten beim konversationellen Erzählen. In Schröder, P./Steger, H. (eds). *Dialogforschung . Jahrbuch 1980 des Instituts für Deutsche Sprache*. Düsseldorf: Schwann. 287-313.
- Reid, S./Whooley, D./Crayford, T./Hotopf, M. (2001): Medically unexplained symptoms – GP's attitudes towards their cause and management. In *Family Practice* 18, 519-523.

- Rhodes, L.A./Phillips-Tangum CA./Markham C./Klenk, R. (1999) : The power of the visible : The meaning of diagnostic tests in chronic back pain. In *Social Science and Medicine* 48, 1189-1203.
- Rief W./Hiller W. (1998): *Somatisierungsstörung und Hypochondrie. Fortschritte der Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W./Sharpe, M. (2004): Somatoform disorders - new approaches to classification, conceptualization, and treatment. In *Journal of Psychosomatic Research* 56, 387-390.
- Rief,W./Nanke, A./Emmerich, J./Bender, A./Zech, T. (2004): Causal illness attributions in somatoform disorders: Associations with comorbidity and illness behavior. In *Journal of Psychosomatic Research* 57, 367–371.
- Ring, A./Dowrick, C./Humphris, GM/Salmon, P. (2004): Do patients with unexplained physical symptoms pressure GPs for somatic treatment? A qualitative study. In *British Journal of Medicine* 328, 1057-1060.
- Ring, A./Dowrick C.F./Humphris G.M./Davies J./Salmon P. (2005): The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. In *Social Science and Medicine* 61, 1505–1515.
- Robinson, Jeffrey D. (2003): An Interactional Structure of Medical Activities During Acute Visits and Its Implications for Patients' Participation. In *Health Communication* 15, 27–59
- Rudebeck, C.E. (1998): The doctor, the patient and the body. Proceedings of the eleventh international Balint Congress. In Salinsky, J. (ed.). Southport: Limited Edition Press.
- Rudolf, G./Henningsen, P. (2003): Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. In *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 49, 3-19.
- Rudy, T. E./Turk, D. C./ Brody, M. C. (1992): Quantification of biomedical findings in chronic pain: problems and solution. In Turk, D.C./ Melzack, R. (eds.). *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford. 447-469.
- Sacks, Harvey (1972): „On the analyzability of stories by children“ In Gumperz, J.J./Hymes, D. (eds.). *Directions in Sociolinguistics*. New York: Holt, Rinehart and Winston. 325-345.
- Sacks, H. (1975): Everyone has to lie. In Sanches, M./ Blount, B.G. (eds.). *Language, Thought, and Culture. Advances in the Study of Cognition*. New York u.a.: Academic Press. 57–80.
- Sacks, H. (1984): On doing "being ordinary." In Atkinson,J. M./Heritage, J. (eds.). *Structures of social action: Studies in conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press. 413-429.
- Sacks, H. (1986): Some considerations of a story told in ordinary conversation. In *Poetics* 15, 127-138.

- Sacks, H. (1987): On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation. In Button, G./Lee, J.R.E. (eds.), *Talk and social organisation*. Clevedon: Multilingual Matters. 54– 69.
- Sacks, H. (1992): *Lectures on Conversation*. Oxford: Blackwell.
- Sacks, H./Schegloff, E. A./Jefferson, G. (1974): A Simplest systematics for the Organization of Turn-Taking for Conversation. In *Language* 50, 696-735.
- Sacks H./E.A. Schegloff. (1979): Two Preferences in the Organization of Reference to Persons in Conversation and Their Interaction. In Psathas, G. (ed.). *Everyday Language: Studies in Ethnomethodology*. New York: Irvington Press. 15-21.
- Salmon, P. (2000): Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: a challenge to existing models of doctor-patient interaction. In *Patient Education and Counseling* 39, 105-113.
- Salmon, P. (2007): Conflict, collusion, or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: The need for a curriculum of medical explanation. In *Patient Education and Counseling* 67, 246-254.
- Salmon, P./May, C. (1995): Patients' influence on doctors behaviour: a case study of patient strategies in somatization. In *International Journal of Psychiatry and Medicine* 25, 309-319.
- Salmon, P./Peters, S./Stanley, I. (1999): Patients' perceptions of medical explanations for somatisation disorders: qualitative analysis. In *British Medical Journal* 318, 372-376.
- Salmon, P./Ring, A./Dowrick, C./Humphris, G. (2004): What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized?. In *Journal of Psychosomatic Research* 59, 255 – 260.
- Salmon, P./Dowrick, C.F./Ring, A./Humphris, G.M. (2004): Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. In *British Journal of General Practice* 54, 171-176.
- Salmon, P./Humphris, G.M./Ring, A./Davies, J.C./Dowrick C.F. (2006): Why do primary care physicians propose medical care to patients with medically unexplained symptoms? A new method of sequence analysis to test theories of patient pressure. In *Psychosomatic Medicine* 68, 570-577.
- Salmon, P./Humphris, G.M./Ring, A./Davies, J.C./Dowrick C.F. (2007): Primary care consultations about medically unexplained symptoms: Patient presentations and doctor responses that influence the probability of somatic intervention. In *Psychosomatic Medicine* 69, 571-577.
- Saß, H./Wittchen, H.-U./Zaudig, M./Houben, I. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Übersetzt nach der vierten Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association: Hogrefe: Göttingen.

- Sauer, N./Eich, W. (2007): Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. In *Deutsches Ärzteblatt* 104, 45-53.
- Schegloff, E. A. (1968): Sequencing in Conversational openings. In *American Anthropologist* 70, 1075-1095.
- Schegloff E. A. (1982): Discourse as an interactional achievement: Some uses of 'uh huh' and other things that come between sentences. In Tannen, D. (ed.). *Analyzing Discourse: Text and Talk. Georgetown University Roundtable on Languages and Linguistics 1981*. Washington D.C.: Georgetown University Press. 71-93.
- Schegloff, E. A. (1987): Analyzing Single Episodes of Interaction: An Exercise in Conversation Analysis. In *Social Psychology Quarterly* 50, 101-114.
- Schegloff, E.A. (1992): Repair after next turn: The last structurally provided defense of intersubjectivity in conversation. In *American Journal of Sociology* 98, 1295-1345.
- Schegloff, E. A. (2002): Accounts of conduct in interaction: Interruption, overlap, and turn-taking. In Turner, J.H (ed.). *Handbook of sociological theory*. New York: Kluwer. 287-321.
- Schegloff, E.A. (2007): *Sequence Organization in Interaction*. Band I. Cambridge: Cambridge University Press.
- Schegloff, E. A./Sacks, H. (1973): Opening up Closings. In *Semiotica* 8, 289-327.
- Schegloff, E. A./Jefferson, G./Sacks, H. (1977): The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. In *Language* 53, 361-382.
- Scheidt, C.E./Seidenglanz, K./Dieterle, W./Hartmann, A ./Bowe, N./Hillenbrand, D./Scudlek, G./Strasser, F./Strasser, P./Wirsching, M. (1998): Basisdaten zur Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie. Ergebnisse einer Untersuchung in 40 psychotherapeutischen Fachpraxen. Teil 2:Behandlungsverlauf und Behandlungsergebnisse. In *Psychotherapeut* 44, 83–93.
- Scheidt, C. E. (2002): Störungsspezifische psychodynamische Kurzzeitpsychotherapie somatoformer Schmerzstörungen. Ein Leitfaden für die ambulante Einzelpsychotherapie. In *Psychotherapeut* 47, 110-123.
- Scheper-Hughes, N./Lock, M. (1987): The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. In *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 6-41.
- Schneemann, M. V. (2007): Zusammenhänge zwischen psychotherapeutischer Intervention und Behandlungserfolg bei Patienten mit somatoformen Störungen. Eine Untersuchung im Rahmen der manualgestützten, kontrollierten und randomisierten Ergebnisstudie „Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“ Dissertation. Universität Freiburg.

- Schumacher, J./Brähler, E. (2004). Bezugssysteme von Gesundheit und Krankheit. In Strauß, B./Berger, U.; Troschke, J. von Brähler, E. (eds.). *Lehrbuch Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie*. Göttingen: Hogrefe. 15-40.
- Schwitalla, J. (1984): Textliche und kommunikative Funktionen rhetorischer Fragen. In *Zeitschrift für Germanistische Linguistik* 12, 131-155.
- Schwitalla, J. (1987): Sprachliche Mittel der Konfliktreduzierung in Streitgesprächen. In Schank, G./ Schwitalla, J. (eds.): *Konflikte in Gesprächen*. Tübingen: Gunter Narr. 99-175.
- Selting, M./Auer, P./Barden, B./Bergmann, J./Couper-Kuhlen, E./Günthner, S./Meier, C./Quasthoff, U./Schlobinski, P./Uhmann, S. (1998): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). In *Linguistische Berichte* 173, 91-122.
- Sharpe, M./Peveler R./Mayou, R. (1992): The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. In *Journal of Psychosomatic Research* 36, 515-529.
- Sharrock, W.W. (1974): On Owing Knowledge' In Turner, R. (ed.). *Ethnomethodology*. Harmondsworth: Penguin. 45-53.
- Shaw R. (1996): *Psychologische und psychobiologische Aspekte somatoformer Störungen: Informationsverarbeitung, Coping-Strategien, Psychophysiologie und Cortisol bei Patientinnen und Patienten mit Somatisierungssyndrom und Hypochondrie*. Dissertation. Universität Marburg.
- Shaw, I. (2002): How lay are lay beliefs?. In *Health* 6, 287-299.
- Silverman, D. (1997): *Discourses of Counselling. HIV Counselling as Social Interaction*. London, Sage.
- Spranz-Fogasy, T./Deppermann, A. (o.J.): *Zum Einsatz der teilnehmenden Beobachtung in der Gesprächsforschung*.  
URL: <http://www.gespraechsforschung.de/preprint/beobacht.pdf>. Stand: 23.1.2009.
- Stanley, I.M./Peters S./Salmon P. (2002): A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms. In *International Journal of Psychiatry and Medicine* 32,125– 40.
- Staske, S. (2002): Claiming individualized knowledge of a conversational partner. In *Research on Language and Interaction* 35, 249-276.
- Stivers, T./Robinson, J.D. (2006): A preference for progressivity in interaction. In *Language in Society* 35, 367-392.
- Streeck, S. (1989): *Die Fokussierung in Kurzzeittherapien. Eine konversationsanalytische Studie*. Opladen: Westdeutscher Verlag.

- Stresing, A.-M. (2006): *Die Entwicklung des Krankheitsverständnisses im therapeutischen Gespräch: eine konversationsanalytische Untersuchung*. Magisterarbeit. Universität Freiburg.
- Taylor, R. E./Mann, A. H./White, N. J./Goldberg, D. P. (2000): Attachment style in patients with unexplained physical complaints. In *Psychological Medicine* 30, 931–941.
- Ten Have, P. (1989): The consultation as a genre. In Torode, B. (ed.). *Text and Talk as Social Practice*. Dordrecht/Providence, R.I.: Foris Publications. 115-35.
- Todd, A.D. (1984): The prescription of contraception: negotiations between doctors and patients. In *Discourse Processes* 7, 171-200.
- Uexküll, T. von (1996): *Psychosomatische Medizin*. München u.a.: Urban&Schwarzenberger.
- Uexküll T. von/Wesiak W. (1996): Wissenschaftstheorie: ein bio-psycho-soziales Modell. In Adler R.H./Herrmann J.M./Köhle K./Schonecke, O.W./Uexküll T.v./Wesiak W. (eds.): *Psychosomatische Medizin*. München u.a.: Urban&Schwarzenberger.
- Vehviläinen, S. (2003): Preparing and delivering interpretations in psychoanalytic interaction. In *Text* 4, 573-606
- Vehviläinen, S. (2005): *Topicalizing the patient's action in psychoanalytic interaction*. Unveröffentlichter Vortrag. International Pragmatics Association. 10-15.7.2005. Riva del Garda, Italien.
- Vehviläinen, S. (2008): Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In Peräkylä, P./Antaki, C./Vehviläinen, S./Leudar, I. (eds.). *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press. 120-38.
- Verres, R. (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In Bischoff, C./Zenz, H.(eds.). *Patientenkonzepte von Körper und Krankheit*. Bern: Huber. 18-24.
- Waller, N./Scheidt, C. E. (2002): Somatoforme Störungen und Bindungstheorie. In *Psychotherapeut* 47, 157–164.
- Wälte, D./Ebel, H./Brandenburg, U./Kroeger, F. (1999): Kognitive Selbstregulation bei somatoformen Störungen. In Kröger, F./Petzold, E.R. (eds.). *Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik. Konzepte systemischen Denkens und ihr Nutzen für die Psychosomatische Medizin*. Frankfurt a.M.: Verlag für Akademische Schriften. 424-442.
- Watson, D. R. (1978): Categorization, authorization and blame negotiation in conversation. In *Sociology* 5, 105-13.
- Watson, D. R. (1997): Some general reflections on 'Categorization' and 'Sequence' in the analysis of conversation'. In Hester, S./Eglin, P.(eds.). *Culture in action: studies in membership categorization analysis*. Washington, D.C.: University Press of America. 49-76.

- Weiss, E./English, O. S. (1943): *Psychosomatic Medicine. The Clinical Application of Psychopathology to General Problems*. Philadelphia/London: Saunders.
- Werner A./Malterud, K. (2003): It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. In *Social Science and Medicine* 57, 1409-1419.
- Werner, A./Isaksen, L.W./Malterud, K. (2004): 'I am not the kind of woman who complains of everything': Illness stories on self and shame in women with chronic pain. In *Social Science and Medicine* 59, 1035-1045.
- Wessely, S./David, A./Butler, S./Chalder T. (1989): The management of the chronic "post-viral" fatigue syndrome. In *Journal of the Royal College of General Practitioners* 39, 26-29.
- Wessely, S./Nimnuan, C./Sharpe, M. (1999): Functional somatic syndromes: one or many?. In *Lancet* 345, 936-939.
- White P./Moorey S. (1997): Psychosomatic illnesses are not all in the mind. In *Journal of Psychosomatic Research* 42, 329-32.
- Wileman, L./May, C./Chew-Graham, C. A. (2002): Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. In *Family Practice* 19, 178-182.
- Wirsching, M. (2003): *Psychosomatische Medizin. Konzepte, Krankheitsbilder, Therapien*. München: C.H.Beck.
- Wittchen, H.-U./Müller, N./Pfister, H./Winter, S./Schmidtkunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. In *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 216–222 .
- Woivalin, T./Krantz, G./Mäntyranta, T./Ringsberg, K. C. (2004): Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary health care. In *Family Practice* 21, 199-203.
- Wooffitt, R. (1992): *Telling tales of the unexpected: The organization of factual discourse*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- Young, A. (1982): The Anthropology of Illness and Sickness. In *Annual Review of Anthropology* 11, 257-285.
- Zentrale Studienberatung der Universität Würzburg. *Biomedizin an der Universität Würzburg*. URL: <http://www.zv.uni-wuerzburg.de/studienberatung/pdf/Biomedizin.pdf>. Stand: 25.1.2009.

# Anhang

## Transkripte

### Transkripte Kapitel 7.3

#### (1)-(0022-3) - *Beschwerden im Magen-Darm-Bereich, Rückenbeschwerden*

112 T: wieso verRENKT dieser Wirbel dann;  
113 (---)  
114 wäre ihn: das (---) beim (lehmhauen) AUCH passiert?  
115 (--)  
116 T: sagen mer jetzt hypoTHEtisch;=  
117 =das=is SCHWER (--) SCHWER zu sagen;=  
118 =ne?=  
119 =aber wenn sich sich ma so REIN versetzen; (--)  
120 wäre ihnen das (beim lehmhauen) AUCH passiert;

((26 Zeilen Auslassung))

146 T: KÖNNte es sein dass da hinten dieser wirbel einfach diese (-)  
147 diese !FAUST! is die sie ANspann:;  
148 wenn: irgendwie ein ge!FÜHL! da is-  
149 FREU:[de-  
150 P: [hm=hm-  
151 T: Oder-  
152 (--)  
153 T: irgendwie ANspannung=-  
154 P: <<p>> des kann schon SEIN>.=  
155 =ja==  
156 T: =ÄRger-  
157 P: ja;  
158 (-)  
159 T: dass das DIE stelle is-  
160 wie siegfried !BLATT!-  
161 P: <<p>> ja>;  
162 (1.13)  
163 P: ja;  
164 T: (und dann) die anspannung die die FAUST wird=-  
165 und dann irgendwann (-) isses !SO! fest,  
166 dass der wirbel (-) AUSrenkt;  
167 P: hm=hm-  
168 P: ja,  
169 (2.17)  
170 P: ja,  
171 (1.06)  
172 P: des (.) des kann GUT sein.  
173 dass de schmerz fängt meischtens DA an; (---)  
174 in de ZWERCHFell,  
175 un dann (--) bloCKIERT=s; (--)  
176 blockIERT er diese wirbel [(dann);  
177 T: [hm=hm,  
178 (2.37)  
179 P: da kann ich au (--) schlecht DURCHatme=-  
180 =also ich hab dann SCHON (-) n dicken [schmerz (in der brust)  
181 T: [ja;  
182 T: ja das tut WEH;  
183 DAS tut weh;

184 <<p>hm>-  
185 hm=hm,  
186 is einfach SEHR (ver)schoben und verklemmt-  
187 (1.18)  
188 T: <<p> hm=hm>-  
189 (3.11)  
190 T: jetzt (.) simmer ma (-) sch:(.)SPITZfindig un; (--)  
191 ich frag mal welches ge!FÜHL! ist dann verklemmt-  
192 (3.94)  
193 ((Geräusch))  
194 (1.85)  
195 P: h. es kann aber dann au wieder nur e FOLge von (--) von VORher  
196 sein;  
197 nur DANN-  
198 (---)  
199 ((geräusch))  
200 P: ((lacht))  
201 T: ((atmet hörbar durch die Nase ein))  
202 (-)  
203 P: hh.  
204 (---)  
205 P: ich mein (--) jetzt nich- (--)  
206 ich kann mich nit erinnern dass ich mich da geÄrgert hätt=  
207 =oder (--) dass da irgendwas war was mir nit (---) ZUsagt;=  
208 =oder so;  
209 (---)  
210 T: [hm=hm,  
211 P: [<<p> des WAR nit>-  
212 T: [(des WAR );  
213 P: [<<pp> (des war)>  
214 T: hm=hm,  
215 müssen wir au jetzt nich an den haaren herBEIziehn;=  
216 =irgendwas was vielleicht konstruiERT is;  
217 das [is: ja (nit) SINN der sache;  
218 P: [hm=hm-  
219 (---)  
220 T: aber wir sin ja wie die kriminologen auf der !SPUR!;  
221 ((atmet hörbar durch die Nase aus))  
222 P: hm=hm;  
223 (---)  
224 T: auf der S:PUR;  
225 ham sie das gefühl dass wir dem Näherkomm:?  
226 (-)  
227 P: ((schnalzt)) (-) ja=a,  
228 (--)  
229 P: also ich hab SCHON=s gefühl dass es (.) irgendwas !AU! (.) also  
230 was bestimmtes AUSlöst-  
231 P: aber (-) WAS-  
232 (-)  
233 T: hm=hm? (-)  
234 hm=hm, (---)  
235 [hm=hm,  
236 [(Hämmern))  
237 (-)  
238 P: würds jetzt ni grad auf mei !SOHN!- (-)  
239 oder auf mei MANN (1.15) beziehe=  
240 =also-  
241 T: hm- (.)  
242 hm=hm? (--)  
243 hm=hm,  
244 (4.30)  
245 P: bin sicher ICH aber; (--)wo-  
246 (---)

247 T: GUT-  
248 öh=sie: im geFÜge; (--)  
249 T: [von; (-)  
250 P: [hm=hm,  
251 T: ne?  
252 (---)  
253 T: hm-  
254 T: und sie haben eben (-) !DURCH! ihre (---) lebensgeschichte=  
255 =sicher auch (---) durch (.) den frühen tod des VAters,  
256 und (---) dieser beSTIMMten (---) situation=  
257 =die mutter (---) war sicher (nicht) beLASTbar,  
258 P: hm-  
259 (--)  
260 P: weil i-  
261 es isch ja nit so dass ich jetzt die schmerzen (---) erscht hab  
262 (.) seit ich: sorge mit meinem SOHN hab-=  
263 =oder (.) oder SO;=  
264 d' die (.) die sin ja ALT;  
265 (-)  
266 T: ja,=  
267 P: isch ja [ALt(es);  
268 T: [die sind ALT;  
269 P: es S:TEIgert sich [nur;  
270 T: [ja;  
271 (-)  
272 T: ja;  
273 (-)  
274 T: ja-  
275 (---)  
276 T: hm=hm,  
277 (2.50)  
278 T: ich (-) mach jetzt mal einfach ne F::RA:ge;  
279 KANN es sein dass (-- ) sie (1.70) früher (1.30) gelernt haben  
280 (1.66) RÜCKsicht zu nehm:- (-)  
281 gefühle zu kontrollIERen, (1.20)  
282 sich weder (.) überschwänglich zu FREUen, (--)  
283 NOCH die WUT richtig rauszulassen-  
284 (1.32)  
285 T: (also) sin ja alles so: öh öh gefühle die auch mit be!WE!gung  
286 un mit (HEFTigkeit) zu tun [haben;  
287 P: [ <<p>hm=hm>-  
288 (---)  
289 T: öh:m-  
290 (---)  
291 T: dass sie eher STILL in sich-  
292 (-)  
293 P: hm=hm;  
294 (-)  
295 P: ja;  
296 das isch !SICH!er so.  
297 (--)  
298 T: !GLAU!ben sie dass das wirklich ihr naturell ist,  
299 oder isses (-- ) das was sie (-- ) öh gelernt haben durch die  
300 UMstände;  
301 (1.10)  
302 P: ich glaub eher dass ichs (---) dass ichs geLERNT [hab;  
303 T: [hm-  
304 T: hm-  
305 (--)  
306 P: [ja;  
307 T: [ich würd=s AUCh sagen;=  
308 sie sind (.) Eher eigentlich n (-) impulsiver [typ  
309 P: [ja-

310 T: SCHÄTZ ich [ma;  
311 P: ja;  
312 (1.74)  
313 P: ja des STIMMT;  
314 (-)  
315 T: und ich schätze mal dass wenn sie !HEU!te (.) als (.) kleines  
316 mädchen (-) äh aufgewachsen wären,=  
317 =dass sie auch (.) !RUM!getobt [wären;  
318 P: [ja;  
319 P: ja=a;  
320 T: ja=  
321 =und geTOLLT-=  
322 =und sich vor freude [(--) ge[TANZT hätten  
323 P: [ja-  
324 P: ja; ja;  
325 (---)  
326 T: also eher SO=n typ sind;=  
327 P: =ja-  
328 (1.20)  
329 T: und (so sind) sie JETZ eher kontrollIERT;  
330 (---)  
331 P: <<lachend> ja>-  
332 ja JA;=  
333 =des: des STIMMT; (-)  
334 ja;  
335 T: [hm=hm,  
336 P: [des <<pp> (stimmt)>;  
337 (1.80)  
338 P: hm;  
339 (3.08)  
340 T: und- (-)  
341 kontrolle is ja immer auch mit KRAFT verbunden; (-)  
342 P: hm=hm,  
343 T: und vielleicht hatten sie !DIE! kraft (--) (viel) (-) mehr,  
344 (1.12)  
345 P: hm=hm;  
346 T: ne?  
347 T: dass sie da (-) gut zuRECHT[(kommen),  
348 P: [hm=hm;  
349 T: und-  
350 jetzt isses (-) doch mit mehr ANspannung verbunden; (--)  
351 gefühle- (-)  
352 zuRÜCKzuhalten;=  
353 P: hm=hm;  
354 (.)  
355 T: vielleicht auch ihrem MANN gegenüber jetzt; (--)  
356 BIN ich ma (-) (so kühn),  
357 P: hm=hm-  
358 T: äh (.) der doch eher harmONIEN haben möchte;  
359 P: ja-  
360 ja;  
361 T: hm=hm,  
362 (-)  
363 P: ja;  
364 (-)  
365 T: dann lieber (.) für SICH behalten;  
366 P: ja;  
367 T: auch im URLaub;  
368 ( [ )für SICH behalten;  
369 P: [ja;  
370 P: ja;  
371 (2.0)  
372 P: ja,

373 des:: (-- ) des KANN (-- ) also-  
374 ja;  
375 (1.40)  
376 P: hm=hm;  
377 (3.65)  
378 P: das kann schon SEIN;  
379 T: denken se einfach mal drüber NACH==  
380 P: ja;  
381 T: oder; (-)  
382 oder gehn (.) mit der frage mal so (-- ) öh (.) in den ALLtag  
383 rein;  
384 P: ja=a,  
385 (-)  
386 T: dass sie ma GUCKen;  
387 was IS jetzt eigentlich; (.)  
388 FREU ich mich jetzt-  
389 (-)  
390 P: ((lacht))  
391 (-)  
392 P: <<pp> ( )>;  
393 T: STIMMT?=  
394 =hnhn;  
395 P: ja-  
396 (1.80)  
397 T: oder äh;  
398 (1.48)  
399 T: wie WEHre ich mich denn- (-- )  
400 wenn: (.) andere in meinen kreis <<lachend> EINdringen>==  
401 =ja,  
402 P: [ja;  
403 T: [un meine <<lachend> BUTterdose nehmen>;  
404 T: [ja,  
405 P: [(ja);  
406 T: [is ja !WIRK!lich (-) [zum ärgern;  
407 P: [ja- [ja;  
408 P: ja-  
409 T: un dann !KOMMT! jemand und sacht- (-- )  
410 [du BRAUCHST dich doch nicht ärgern;=  
411 [((lautes Geräusch))  
412 T: =(ne),  
413 (-)  
414 P: ja-  
415 (-)  
416 T: hm=hm;  
417 hm=hm,  
418 (-)  
419 ((Geräusch))  
420 (---)  
421 P: ja=a,=  
422 =<<p> DES: äh=a>-  
423 (1.32)  
424 P: [<<p> des kann ich so (-) NACHvollziehn>;  
425 [((Geräuschkulisse im Hintergrund))  
426 P: ja,  
427 (1.60)  
428 P: [(bin ma )];  
429 [((Geräusche))  
430 ((Geräusche))  
431 T: können sie [!DA! (-) irgendwie ne verbindung zu den schmerzen;  
432 [((Geräusch))  
433 T: =hm,  
434 ((Geräusch))  
435 (5.00)

436 P: isch SCHWER;  
437 (.)  
438 T: is SCHWER;  
439 ja;=  
440 P: =ja;  
441 (-)  
442 T: [ja-  
443 P: [das is SCHWER;  
444 T: ja-  
445 ((Geräusch))  
446 (1.22)  
447 P: [also-  
448 T: [hm-  
449 (---)  
450 P: denk mal;  
451 (1.20)  
452 P: wenn ich mich jetzt [ÄRger,=  
453 [((Geräusche))  
454 =und ich hätt gleich SCHMERze-  
455 (--)  
456 P: dann würd ich s: (.) sage (.) JA jetzt (.) des WAR=s.  
457 T: [ge?  
458 [((Geräusch))  
459 T: das is EINFach;  
460 ne,  
461 P: ((lacht))  
462 ((Geräusch))  
463 (--)  
464 P: aber SO:,  
465 die die SCHMERze komme einfach=öh;  
466 (1.25)  
467 P: ich bin-  
468 i habs mir AUF(schribbe)  
469 bin ( ) oder beim (KEgeln)- (--)  
470 vielleicht sind=s dann auch geDANke die ich hab-  
471 (---)  
472 T: hm=hm,  
473 P: die äh;  
474 (2.80)  
475 P: isch=d'==  
476 ma denkt ja STÄNdig irgendwas-  
477 T: ja:,  
478 (--)  
479 P: (die sind die DA:)-  
480 (---)  
481 T: was könnten das für gedanken SEIN?  
482 (--)  
483 P: ja dass ich mir ebe die SORge dann mach,=  
484 =wenn ich so in RUhe was mach-  
485 KOCHe oder BÜgeln oder so was==  
486 T: =hm=hm,  
487 (2.76)  
488 P: des kann schon SEIN;=  
489 =also,  
490 (1.70)  
491 P: hm=hm,  
492 (1.53)  
493 T: vielleicht beOBachten sie [einfach;=  
494 P: [ja-  
495 T: =ob sie die in dem nächsten URlaub-  
496 in einem entSPANNTen <<lachend> [urlaub beobachten sie>,  
497 P: [ja=haha; h.  
498 T: wies ihn: dabei (.) [GEHT;

499 P: [hm=hm-  
 500 T: (wie GEHTs ihn: [denn da;)  
 501 P: [(also in MEISCHT)-  
 502 P: am meischten gings mir da GUT;=  
 503 T: =hm=hm,  
 504 (---)  
 505 T: hm=hm,  
 506 (---)  
 507 T: einfach mal GUCKen;  
 508 (5.40)  
 509 T: was macht der schmerz !JETZ!?  
 510 (1.34)  
 511 ((Geräusch))  
 512 (---)  
 513 P: <<p> s GEHT>;  
 514 (.)  
 515 T: es GEHT;  
 516 (-)  
 517 T: welche STÄRke?  
 518 (---)  
 519 P: <<p> ja>-=  
 520 so DREI VIER;  
 521 T: [hm=hm,  
 522 P: [also !DA! isch er immer noch;=  
 523 T: [DA isser (klar);  
 524 P: [<<p> (hm=hm)>;  
 525 (-)  
 526 T: VORher war er fünf SECHS,=  
 527 =JETZ=ist er drei VIER,  
 528 P: ja-  
 529 (--)  
 530 P: ja=a,  
 531 (-)  
 532 T: hm=hm,  
 533 (-)  
 534 T: hm=hm,  
 535 (1.44)  
 536 T: hm-

(2)- (0108-3) - *Bauchbeschwerden*

24 T: un jetzt ham sie HERZbeschwerden- (--)  
 25 P: ((lacht))  
 26 (--)  
 27 T: wenn die wut (.) nich RAUSkann;=ne,  
 28 P: ja: aber das isch auch ebe UNabhängig von: wenn ich mich  
 29 AUFrege;  
 30 (hab) da hm; (--)  
 31 wenn ich dann daheim vorm FERNseh sitz oder so und auf einmal-  
 32 (-) hm; (--)  
 33 dann drück ich immer daGE:gen-  
 34 (--)  
 35 T: beim FERNsehn zu hause auch;=  
 36 P: =hm=hm,  
 37 (---)  
 38 T: <<p> hm=hm>,  
 39 (---)  
 40 T: bei bestimmten SENDungen,=oder-  
 41 P: nee: ischt alles UN[abhängig;

42 T: [einfach SO:;

43 P: hm=hm,

44 (---)

45 T: und is dann ihr freund BEI ihn: oder [nich;=

46 P: [nee meischtens NIT;

47 T: meistens NIT;

48 also wenn sie alleIne (sind) vorm fernseher;

49 P: ja DOCH s isch doch wenn ich jetzt NACHdenk-

50 isch=s als au wenn er DA isch; (---)

51 DOCH isch au wenn er DA isch;=

52 T: =[<p> auch wenn er DA is>;

53 P: [hab i scho oft ma zu ihm gesagt (dass ich da so) DRUCK im hals

54 hab oder im BAUCH-

55 (1.55)

56 T: hm=hm-

57 (---)

58 T: .hh un (---) is das in situationen wo sie sich GUT versteh:n

59 oder wo sie eher wieder (-) das gefühl habm !ACH! (---) der is

60 DOCH nit so ganz bei mir;

61 P: nä das: (---) UNabhängig;

62 T: ja,

63 [sind se SICHer?

64 P: [hm-

65 ja;

66 T: ja,

67 P: hm=hm,

68 (-)

69 T: vielleicht GUCKen se ma:; (1.24)

70 WANN (.) das auftaucht-

71 un was so: (---) äh STÖrend sein könn[te;=

72 P: [hm-

73 T: =oder geWEsen sein könnte kurz vorher;

74 P: hm=hm,

75 (2.5)

76 T: weil (.) äh ich denk orGANisch ist jetzt (.) eigentlich

77 (.) recht viel ABgeklärt;=ge,

78 P: hm=hm,

79 (---)

80 P: des st[immt;

81 T: [(nur der) KERNspin aber sonst? (-)

82 is doch ekaGE gemacht worden?

83 P: ja,

84 (---)

85 T: äh:: koloskoPIE is gemacht worden;=ge?

86 P: [was isch (.) kolosko[PIE?

87 T: [äh: (.)

88 DARMspiegelung;

89 P: ja; (.) ja;

90 T: äh:: GASTroskopie also mund is gespie äh MAgen is ge[spiegelt

91 P: [ja ja;

92 T: worden;

93 (---)

94 T: ja,

95 (1.0)

96 ((3 sec Störung))

97 T: also (.) DARMspiegelung? (.)

98 MAgenspiegelung?

99 (-)

100 äh BLUT is untersucht worden;

101 ekaGE is untersucht worden;

102 (-)

103 ( ) gynäkoLOgen warn sie:-

104 Urologe warn sie-

105 (---)  
106 ähm (-) welcher bereich: ist NICHT-  
107 (1.2)  
108 P: das GANZkörperbild fehlt;  
109 [hehehe (.) hehehe  
110 T: [das GAN (-) das GANZk(h)örperb(h)ild h.-  
111 [dazu gehört auch die SEELe>;  
112 P: [hehe;  
113 T: [hehehehehehehe h. h.;  
114 P: [JA hehehehehehe-  
115 T: vielleicht sind sie ja HIER im kernspin,  
116 hnhnhnhn;=  
117 P: hnhnhnhn-=  
118 =ja wer WEIß,  
119 T: [hnhnhn h.;  
120 P: [hnhnhn h.  
121 T: hm=hm,  
122 (1.72)  
123 T: wäre das für sie son bild mit dem sie (---) äh (-) was  
124 ANfangen könn:;  
125 weil; (1.21)  
126 (es geht ja sie)-  
127 P: je nachdem [was man S(h)IEHT vielleicht schon [ja;  
128 T: [ja-  
129 aber es geht ja hier ja wirklich um !GANZ!; (-)  
130 GANZ(.)HEIT(.)LICH. (.)  
131 P: ja;  
132 T: der [ganze KÖRper-  
133 P: [ja;  
134 (3.39)  
135 T: hm=hm,  
136 P: ich hab mir auch schoma überlegt obs von de KNOCHe irgendwie  
137 herkommt-  
138 (1.64)  
139 T: von den KNOCHen,=  
140 was [könnte daher KOMM:;=  
141 P: [hm  
142 =so irgend ne entZÜNDung drin isch oder so-=  
143 =weil ich oft auch (-- ) in de KNOCHe ebe schmerze hab;=  
144 =so;  
145 (--)  
146 T: [wo?  
147 P: [( )];  
148 (---)  
149 P: au meischtens da im BRUSCHtbereich-=  
150 =(hm); (1.59)  
151 wo hab ichs NOCH gehabt-=  
152 ja DA: halt- (---)  
153 hab ich als STECHe; (1.50)  
154 un wenn ich so auf de KNOCHe drück je nachDEM dann (-- ) tut es  
155 halt au(-) so BRENNendes gefühl gibt es dann;  
156 ((Knall))  
157 T: wo?  
158 (1.03)  
159 P: an ALLe knoche eigentlich=isch dann auch UNderschiedlich;  
160 (-)  
161 T: die KNOCHen oder die geLENke;  
162 P: hauptsächlich die KNOCHe, (.)  
163 T: hauptsächlich die KNOCHen;=  
164 P: hm=hm-  
165 (1.20)  
166 T: hm=hm, (---)  
167 und (.) WECHselnd?=

168 =oder an bestimmten STEllen;  
169 (1.22)  
170 P: WECHselnd; (--)  
171 mal DA: un mal DA-  
172 T: hm=hm, (--)  
173 bei WETterwechsel: oder UNabhängig da:von-  
174 P: UNabhängig.  
175 (-)  
176 T: hm=hm;  
177 P: hm;;  
178 (1.91)  
179 T: hm=HM,  
180 (2.91)  
181 T: womit könnte das zuSAMmen hängen,=  
182 =was DENken sie was dahinterstecken könnte?  
183 P: ja also MANCHmal denk ich das es einfach die luft isch  
184 die zu arg DRÜCKT überall,=  
185 =un dass die dann: vielleicht (---) SCHON schmerze verUR[sache  
186 T: [aHA?  
187 P: kann;  
188 T: so von INNen son [druck;  
189 P: ja; (-)  
190 hm=hm,  
191 (--)  
192 T: also dann wie GESTern zum beispiel; (--)  
193 (so) starke (schmerzen) hatten: und ganz geblähten BAUCH,  
194 P: hm-  
195 (--)  
196 T: dann:-  
197 P: dann hab ich dann hauptsächlich hier unde an de (-) an de [KÖR-  
per;  
198 T: [ja.  
199 P: un  
200 [( );  
201 T: [(geNAU);  
202 is ja ne (.) NACHvollziehbar;=  
203 =ne,  
204 P: geNAU. (-)  
205 T: äh:- (-)  
206 wär(n) das dann die KNOCHen?=  
207 oder wär das dann die LUFT die einfach (---) drückt;  
208 (1.96)  
209 P: also die LUFT die drückt auf die KNOCHe und des hm:  
210 we äh also wie wenn des dann ne entZÜNdung hervorruft; (--)  
211 son (-) brennendes: (.) geFÜHL [eben;  
212 T: [hm=hm,  
213 (1.53)  
214 T: also wie ne entZÜNdung.  
215 [( );  
216 P: [hm=hm-  
217 (---)  
218 T: wie könnte da ne entzündung (.) HINKommen?=  
219 oder KÖNNte des einfach [nur;  
220 P: [ebe döh durch die LUFT vielleicht-  
221 P: weil die zu stark (---) DRUCK ausübt;  
222 (---)  
223 T: hm=hm,  
224 (1.02)  
225 P: (hab ich geHÖRT so); (.)  
226 T: [ha ;  
227 P: [( );  
228 T: ihre fantasie ist ganz RICHTig;  
229 P: hnhn-

230 T: he,  
231 (1.22)  
232 P: (was passiert denn (.) un was dahinter steckt);  
233 T: entzündung is wenn (meist) bakTERien oder Viren oder so was-  
234 (1.05)  
235 oder ebm auch wirklich: (--) irgend n meCHANischer reiz,  
236 (1.58)  
237 T: öhm;;  
238 (3.37)  
239 T: das is ja als wenn sie SCHWAnger wärn dann drückts ja auch  
240 nach AUßen;=  
241 =ne?  
242 (1.44)  
243 T: hm=hm,  
244 (1.96)  
245 T: is des so kinderwunsch mit heirat verbUNDen?=  
246 =oder- (1.05)  
247 P: (nö:) ja als: KIND wollt ich schon heirate ja.  
248 (--)  
249 T: HEI[raten.=  
250 P: [des war eigentlich: (.) mein gröschter WUNSCH;=  
251 T: =(hm),  
252 =ja ja des SACHten sie;=  
253 des wär so ihr einziger [!GRO:!ßer wunsch.  
254 P: [ja;  
255 geNAU;  
256 (-)  
257 T: ähm: (-) is des nur des HEIraten oder auch (-) KINder dann;  
258 (-)  
259 P: ja: also eigentlich wollt ich SCHON mal kinder aber in der  
260 momentANE (--) welt (--) nicht unbedingt;  
261 (---)  
262 T: also HEIraten is so (des );  
263 P: hm:-  
264 (---)  
265 T: gibt ja auch menschen die sagen (.) ( ) HEIraten ich will  
266 KINder habm;  
267 will faMILie habm;  
268 (---)  
269 P: hm=hm;  
270 DES: [momentan nit;  
271 T: [hm hm-  
272 hm=hm,  
273 HEIraten;=  
274 =also des is so DES;  
275 (1.78)  
276 T: hm=hm,  
277 (1.68)  
278 T: GUT also sie (---) denken dass die beschwerden auch von dem  
279 KNOCHen her ( ) kommen; (---)  
280 P: dass DA irgendwas weniger ( );=  
281 T: =obwohl die erklärung AUCH sein kann das ist einfach der (-)  
282 LUFTdruck der [dann;  
283 P: [ja;  
284 (---)  
285 P: (genau);  
286 (---)  
287 T: hm=hm,  
288 (3.87)  
289 T: <<p> (gut)>.  
290 (3.81)  
291 und (---) wenn wir jetzt so miteinander (.) SPRECHen,  
292 [(---) was ham sie da bisHER so; (1.57)  
293

294 [(Geräusch)  
 295 T: öh::; (---)  
 296 erKLÄrung für ihre erkrankung gefunden; (--)  
 297 und für ihre beSCHWERden;  
 298 (1.06)  
 299 P: NIT viel;=  
 300 hehe[hehehe;  
 301 T: [NIT viel;  
 302 (---)  
 303 P: oder sehen sie des ANderscht;  
 304 (1.79)  
 305 P: hab ich VIEle erklärungen- (-)  
 306 ne oder,  
 307 (1.08)  
 308 T: also wichtig is für !SIE!; (-)  
 309 was SIE fürn verständnis dafür habm;  
 310 P: ich hab GAR kei erklärung eigentlich; (-)  
 311 für DAS: (-- ) alles;  
 312 (---)  
 313 T: na sie sagen: ich denke dass das: (.) von den KNOCHen her  
 314 kommen könnte=-  
 315 =ich denke dass da so ne (-) orGANische ursache is;  
 316 die bisher noch nich geFUNDen worden is-  
 317 P: hm;  
 318 (---)  
 319 T: und wir überLEgen ob da nich auch (.) öh:: so diese (--)  
 320 (wirklich auch) (-- ) schwere seelische beLASTungen (-- ) öh  
 321 drücken könnten;  
 322 P: hm=hm-  
 323 (3.85)  
 324 P: manchma vielleICHT aber immer glaub ich nit; (-)  
 325 T: hm=hm,  
 326 P: ich hatt's ja au noch ganz heftig,=  
 327 =nachm UMzug,=  
 328 da=häma uns ja so geFREUT als die wohnung fertig wa:r-  
 329 un; (--)  
 330 dann) hatt ich geBURTStag vorbereitungen un das macht ja  
 331 alles SPASS und is schön; (--)  
 332 un da hab ich (-- ) WAHNSinnige probleme ghabt mim bauch;  
 333 (-)  
 334 T: wann: WAR das,  
 335 (Geräusch)  
 336 P: des war im auGUSCHT;  
 337 T: DIEses jahr?  
 338 P: hm=hm,=  
 339 T: =da sind sie UMgezogen;=  
 340 P: hm=hm,  
 341 (---)  
 342 T: hm-  
 343 (4.83)  
 344 (Fehler in der Aufnahme)  
 345 T: warn sie da: (-) äh vorher ham sie vorher AUCH zusammen gelebt?  
 346 P: ja=a-  
 347 T: [un is man jetzt nur zuSAMmen(.)UMgezogen in ne andere wohnung;=  
 348 P: [ja-  
 349 =geNAU [geNAU  
 350 T: [GRÖßer KLEIner [SCHÖner,  
 351 P: [GRÖßer SCHÖ:ner;  
 352 T: [hm=hm,  
 353 P: [( )];  
 354 (1.62)  
 355 T: <<p> größer und schöner>;=  
 356 wessen WUNSCH war das?

357 (---)  
358 P: BEIde;  
359 (-)  
360 T: BEIde;  
361 P: <<p> BEIde>; (-)  
362 <<p> (genau)>; (-)  
363 T: und des stand h. (-) auch nich in diskussion ob sie zuSAMmen da  
364 rein zieh:n-  
365 P: nö: des war GANZ klar;  
366 T: des war [ganz KLA:R;  
367 P: [hm:;  
368 (---)  
369 T: <<p> hm=hm>,  
370 (3.65)  
371 T: un DA war des auch sehr sch: (.) heftig;=  
372 P: ja (.) ((räuspert sich));  
373 (1.32)  
374 T: gut-  
375 also manchma (---) äh: (-) ham wir so zusammenhänge äh:  
376 (-- ) ZEIGen können? (--)  
377 ah-  
378 aber nich IMmer;  
379 P: hm-  
380 (--)  
381 T: hm=hm,  
382 (4.90)  
383 T: was können sie sich denn VORstellen;  
384 also diese orGANische ursache,  
385 oder ebm diese beLASTung: als ursache, (-)  
386 wieviel proZENT;  
387 (-)  
388 P: also eher orGANisch-  
389 mit (1.42) SIEBzig, (--)  
390 un ANder dreißig;  
391 T: dreißig so die ANdern belastungen;  
392 P: hm=hm?  
393 (--)  
394 T: hm=hm?  
395 (---)  
396 T: also nich NULL sondern DREIßig.  
397 P: hm=hm,  
398 T: hm=hm,  
399 (---)  
400 T: <<p> (kay)>;  
401 (--)  
402 P: ja (aber ich hätt) schon viel erLEBT=-  
403 =t(h) t(h) im LETSCHte jahr;=  
404 = (war arg) schon VIEL;  
405 T: sie ham (dann) ja auch FRÜher; (--)  
406 [sie habm auch FRÜher heftig viel erlebt;=  
407 P: [hm;  
408 des=STIMMT aber des isch eigentlich auch gut so;=  
409 =hm;  
410 (-) (Geräusch) (--)  
411 P: wie des im letzte JAH:R;=  
412 =also da muss ich schon sage das war SCHON- (-)  
413 T: das mit dem VAtter; (-)  
414 P: hm=hm;=  
415 T: ja?  
416 (1.51)  
417 T: und nach AUßen:-  
418 wirkt es ebm auf den der nich RIChtig hinguckt, (1.87)  
419 so: als wenn es: ses (.) so WEGgesteckt hätten;=

420 P: hm:-  
421 (2.19)  
422 T: <<p> ja>- (---)  
423 aber; (---)  
424 P: (hm GANZ nich); (.)  
425 stimmt SCHON aber=-  
426 T: =(nein) das wäre das wäre Übermenschlich;=  
427 P: ja- (--)  
428 denk ich mir AU;=  
429 =ja.  
430 (3.52)  
431 T: und ihr FREUND- (-)  
432 hat der sich danach (.) verÄNDert,  
433 (1.12)  
434 P: NACH dem jahr jetzt?  
435 (-)  
436 T: nachdem was mit dem VATER passiert ist;  
437 (2.16)  
438 P: `hm`hm;  
439 (1.86)  
440 T: wie hat er=überHAUPT reagiert;  
441 (1.12)

## Transkripte Kapitel 8

### Ausschnitte (1) – (1c)

370 T: vielleICHT hm-  
371 mein: sie es wär vielleicht sinnvoll noch en bisschen zu WARTen  
372 bis sich das [GANZ geklärt hat?=  
373 P: [ja,  
374 T: =oder;  
375 (-)  
376 P: das JA=-  
377 =ich mein;  
378 gut von heut auf MORgen muss: nich sein=-  
379 =a[ber;  
380 T: [hm=hm,  
381 (3.90)  
382 T: (ja) MEIne sorge is son bisschen (---) dass: (-) Eben:=-  
383 =ich möcht=s vielleicht ganz OFFen auch sagen;=  
384 =man meine befürchtung is dass h. (-) da SCHON vielleicht  
385 ne (-- ) ne verWACHsung is-=ja,  
386 also das is ja auch NACHgewiesen=-  
387 =und [(---) die auch zu ner funktionellen störung da in diesem  
388 P: [ja=a,  
389 T: [bereich natürlich FÜHRT, [h. (--)  
390 P: [ja ne verENGung; [hm=hm,  
391 T: öhm ich hab aber (-- ) die (.) beFÜRCHtung;  
392 und es wird (.) vielleicht auch nich: so  
393 HUNdertprozentig: (1.15) öh: zu klären sein dass  
394 vielleicht; (---)  
395 dass sie vielleicht doch auch entTÄUSCHT sein könnten  
396 nach so ner operation;  
397 dass eben (-- ) der beSCHWERdezustand- h.  
398 dass öh=-  
399 =verSTEHN sie,=  
400 =ich ha ich hab (.) öh (.) son BISSchen das gefühl h.  
401 (-- ) öh dass ihr (-) krankheitsbild sehr sehr (-) komplex  
402 is;=  
403 =und ich bin mir nich so ganz so sicher ob das nur mit so nem



467 =un dass es eigentlich nich FAIR is zu sagen=  
 468 =weil man h. mit dieser (.) diagnostik die eben  
 469 vielleicht auch noch nicht ALles erfassen kann- h.  
 470 ähm=hm=NICHTS öh öh sagen=wer=mal gefunden hat was es  
 471 E:INdeutig: erklärt, h.  
 472 ähm (--) dann kann man nich irgendwie pauschal sagen das  
 473 bildet sich der patient EIN;  
 474 also EINbilden; (-)  
 475 das fänd ich sowieSO öh äußerst öh=  
 476 =also h. das könnt ich überhaupt nicht NACHvollzieh;=  
 477 P: =hm=hm,  
 478 T: ja halt so ne ÄUßerung;=  
 479 ich mein das bilden sie sich doch nicht EIN wenn [sie;  
 480 P: [NÄ=h.-;  
 481 T: wenn sie seit !JAHR!en: schmerzen haben und fürchterliche  
 482 EINSchränkungen haben im leben;=  
 483 =also ich MEIN-=  
 484 P: =und vor allen dingen wenn ich !ES!se un das (-) äh  
 485 [EIN(gebildet);=  
 486 T: [das is JA;  
 487 ja-  
 488 P: =un das MUSS ich jetzt dazu sagen;  
 489 EIN glück dass man das ge[SEHN hat;  
 490 T: [hm:-  
 491 (---)  
 492 P: dass man das WIRKlich-=  
 493 =dass die schwestern das (---) WIRKlich (-) selber auch geSEHN  
 494 haben dass ich durchfall hab-=  
 495 T: =[ja;  
 496 P: =[ja;  
 497 (-)  
 498 P: das is wie ( ),=  
 499 T: =ja das ham die schwestern EINdeutig: öh;  
 500 P: un dass: (.) dass das (-) !NACH! [dem essen [passiert,=  
 501 T: [hm=hm; [absolut;=  
 502 P: =[dass das AUCH gesehn wurde,  
 503 T: =[absolut ja=a,  
 504 ja=[a;  
 505 P: [un das is für MICH (--) beruhigend;  
 506 (--)  
 507 un dass das WEIterge[geben wurde dem arzt?  
 508 T: [hm-  
 509 T: ja;  
 510 (-)  
 511 P: das is für mich [AUCH beruhigend zu wissen,  
 512 T: [hm=hm-  
 513 T: ABSolut;  
 514 ja;  
 515 P: man GLAUBT mir;  
 516 T: ich mein sie=öh sie sprechen da glaub ich auch ne theMATik  
 517 an dass sie öfters mal so das gefühl hatten dass man ihnen eben  
 518 [!NICHT! glaubt;=  
 519 P: [ja das STIMMT-=  
 520 T: =ja,  
 521 P: das hab ich schon DURCH;  
 522 T: hm=hm,

### Ausschnitte (2)/(2a)

569 T: h. aber ich glaube das is n ganz wichtiger PUNKT;  
 570 also dass sie h. (-) öh bei MIR solche befürchtungen;=  
 571 =also das möcht ich ihnen auch (-) einfach ganz explizit

572 Sagen;=  
573 =dass ich also überhaupt; h.  
574 öhm: (.) also das läge mir !FERN! öhm (.) ihnen da zu  
575 unterstellen dass sie sich sowas EINbilden;=  
576 P: =hm=[hm,  
577 T: [ja,=  
578 =oder auch solche h. einfachen ZUordnungen;=  
579 =darum GEHT es mir eigentlich nich wenn ich ihnen das  
580 nochmal erKLÄren darf; h.  
581 also (.) ehm (.) ich seh halt (---) EINen (1.22) !EI!nen  
582 schwerpunkt seh ich halt; (-)  
583 ich seh es halt HÄUfig;  
584 sagen=wers mal SO dass: öh unsere h. (--) hm medizin  
585 eben: (.) durchaus nicht alles KLÄren kann; (-)  
586 un das is halt (--) ziemlich offen (.) woran das dann  
587 LIEGT;=  
588 =und- h. (.) öh mich interesSIERT [natürlich-  
589 P: [und wo werd ich dann  
590 HINGeschickt wenn das medizinisch nich alles: (-) aufgeklärt  
591 werden kann?  
592 T: hm=hm;  
593 P: letztENDlich die öh;; (-)  
594 heißt ja wieder (1.32) psychosoMatisch;  
595 T: <<p> hm=hm>,  
596 (--)  
597 T: h. (--) ich glaube das is M:EHR so dass man; (1.40)  
598 was ich vielleicht AUCh überlegen muss;=  
599 dass es ein (.) ein KERNproblem gibt was man (---) Lösen kann  
600 oder vielleicht auch [!NICHT! immer lösen kann,=  
601 P: [ <<p> hm>-  
602 T: =oder nich so perFEKT lösen kann wie sie sich das  
603 WÜNschen=-  
604 =wie das natürlich ganz verSTÄNDlich is;  
605 h. (-) und dass es (.) um dieses (.) KERNproblem,  
606 was natürlich das WICHTigste is un (.) vollkommen im  
607 VORdergrund steht, (--)  
608 das wären also ihre KÖRperlichen (--) beschwerden und ihre  
609 erKRANKung- h.  
610 sich=v (-) viel!LEICHT! auch noch (-) kleinere (-)  
611 probleme drumRUM gruppieren (.) hm=wo eben ne gewisse  
612 hilfestellung MÖglich is;  
613 das wär sozusagen h. (-) öh das was (.) öh ich ihnen  
614 auch geSPRÄCHlich vielleicht anbieten kann; h.  
615 ähm also ich (.) <<p> öh>=ich denke es geht NICHT  
616 darum=hm ihnen jetzt <<p >öh::> sozusagen eine  
617 PSYchische (.) verursachung dieser erkrankung zu  
618 unterstellen,=  
619 =oder gar h. (-) äh ne EINbildung was ja öh: also (.)  
620 was ja ein ganz: h. (---) öh sagen=wer=mal öh  
621 DEMütigender öh SCHLIMmer öhm h. (-)  
622 <<p> hm=öh=hm> VORwurf eigentlich auch: öh  
623 <<p> s=öh> sein müsste=-  
624 =wenn man (.) wenn man das ihnen so Sagen würde;=  
625 =das müssten sie doch (--) vermutlich als (1.12) öhm (.)  
626 ja als: ja (.) sehr SCHLIMM empfinden;  
627 so stell ich mir das zumindest VOR, h.  
628 P: also [wenn man mir das: VORwerfen [würde dass das bei mir (--)  
629 T: [sondern- [hm=hm;  
630 P: öh [(-) ma KRASS ausgedrückt hier [Oben mit irgendwas zu tun hat  
631 T: [hm=hm; [hm=hm;  
632 P: [dann (---) wär das: geMEIN,  
633 T: [hm=hm;  
634 hm=[hm-

635 P: [un das würd ich (-- ) muss ich so sagen NICH [akzeptieren;  
636 T: [hm-  
637 P: weil ich WEIß es (.) IS was nich in ordnung;  
638 T: JA (.) (klar)  
639 P: ich: [(.) ESse geh auf toiLETte? (--)  
640 T: [hm-  
641 P: un das KANN nich mit der psyche zu[sammenhängen wenn ich esse un  
642 T: [hm=hm;  
643 P: geh anschließe auf toiLETte==

#### Ausschnitte (4)-(4c)

1292 T: <<pp> ja>- h.  
1293 ich mein (-) die (.) die HOFFnung wäre son bisschen dabei (--)  
1294 öhm --) dass man eben (-) ihren FUNKtionellen sch=  
1295 also (-) wir gehn jetzt mal davon AUS? (1.30)  
1296 <<p> vom vom> (---) für sie UNGünstigsten fall,  
1297 den wir natürlich auch nich WISSEN, h.  
1298 öh dass: (.) die untersuchung keinen eindeutigen befund öh öh  
1299 erBRINGT?  
1300 [der (.) h. DER-  
1301 P: [ich öh müsste ma kurz unter[BRECHen==  
1302 T: [ja;  
1303 P: =ich MEIN (-) ich- (---)  
1304 (was sie ) nehm ich an dass sie (.) schon (-) MEHR  
1305 drüber [wissen?  
1306 T: [<<p> hm=hm>,  
1307 [!NEIN! ich weiß überHAUPT nich mehr <<sehr leise>[( )>;  
1308 P: [nee ich=s FRAG nur;=  
1309 T: =hm=hm,  
1310 P: weil [sie=s-  
1311 T: [NEE ich mein das war jetzt mein EINdruck öhm- (-)  
1312 mein eidruck is (-) is DER dass öh (---) öh dass man (--)  
1313 eifach SORge hat: öh ob man ihnen damit wirklich damit HELfen  
1314 kann; ja? h.  
1315 und [öh also sie müsst-  
1316 P: [aber man muss doch das auch mal POSitiv mal==  
1317 [es heißt doch immer man muss die sachen [Positiv sehn;  
1318 T: [<<p> hm>- [hm=hm;  
1319 T: <<p> das STIMMT>-  
1320 <<pp> (ja da ham [sie RECHT)>-  
1321 P: [aber SIE sehn=s dann immer nur von der  
1322 SCHLECHten seite; (--)  
1323 es KÖNNte es KÖNNte so ausgehn==  
1324 =es KÖNNte so ausg- h.  
1325 aber man kann das doch mal von der POSitiven seite sehn;  
1326 dass mir vielleicht dann (---) ge!HOL!fen wird- (-)  
1327 dass es mir GUT geht (.) vielleicht- (-) h.  
1328 T: [( )-  
1329 P: [ich mein GUT es steht nich:t HUNdertprozendig;  
1330 ist (.) aber, (--)  
1331 es heißt immer h. man soll die sachen [POSitiv angehen;  
1332 T: [hm=hm,  
1333 P: aber (-) so wie ich das jetzt von !MEI!ner sicht sehe (---) sehn  
1334 sie=s immer nur von der (-) NEGativen [seite indem sie sagen,  
1335 T: [hm=hm,  
1336 (---)  
1337 P: sehn ma=s mal so dass es (-) NICHT gemacht wird und dass es  
1338 (-- ) ihnen SCHLECHT geht danach; (--)  
1339 das is im grunde=genommen AUCH ne verkehrte einstellung-  
1340 T: h. (.) öhm (-) also ich find=s ich find=s positiv dass sie das  
1341 so=öh (-- ) öh so ANsprechen; h.

1342 öhm: (.) der der GRUND warum ich: öhm (2.40) versuche das  
1343 gespräch in diese richtung h. jetzt mal (.) öh zu bringen- (--)  
1344 öh dass: öh dass is DER dass ich einfach sorge habe (-) dass  
1345 (--)  
1346 =ich ich (-) ich möchte (.) würde mir WÜNSchen dass sie (--)  
1347 gewissen sinne VORbereitet (---) öh in so=n gespräch gehn  
1348 können;  
1349 ich glaube dass sie (--)  
1350 haben vor diesem gespräch weil sich da ja entSCHEIdungen h. äh  
1351 öh=öh (.) auch dann abspielen- h. (-)  
1352 und=s öh: ich hab (-) eben jetzt auch RAUSgehört dass: sie sich  
1353 das überhaupt nicht VORstellen können wie=s öh=öh wie=s daheim:  
1354 WEItergehen (-) könnte wenn: wenn da eben jetzt KEIne therapie  
1355 dabei (---) öh rauskommt die EINdeutig is (die sie)-=ja?  
1356 und h. (-) öhm: (-) ich wollte einfach damit auch n bisschen  
1357 den verSUCH machen ihnen h. (-) öh n bisschen der angst n (.) n  
1358 stückweit <<p> öh=öh> zu NEHmen;  
1359 hm indem man (--)  
1360 es eben !DOCH! trotzdem zwar keine speZifischen aber (--)  
1361 KLEIne schritte gibt h. die als hilfe eben TROTZdem möglich  
1362 sind;  
1363 (-)  
1364 T: ja?=  
1365 =auch wenn es vielleicht nicht beFRIEdigend is;=  
1366 =und-  
1367 so dass sie vielleicht n h. (--)  
1368 bisschen entspannter in dieses (--)  
1369 prozess hiNEINgehn können;=  
1370 =das=is eigENTlich der wunsch der daHINtersteckt;  
1371 also im grunde genommen nichts hh. (-) NEgativ ABLehnendes  
1372 sondern h. der wunsch öhm dass sie (--)  
1373 müssen (--)  
1374 dran;  
1375 (--)  
1376 T: <<p> ja>?  
1377 sondern (-) dass sie AUCh sehn-  
1378 <<p>IS (.) öh es is zwar> dann äh keine beFRIEdigende situation  
1379 das is KLAR?  
1380 h. (-) aber (-) es is auch keine situation (--)  
1381 keine hilfe möglich is;=  
1382 =<<p> ja>?  
1383 (---)  
1384 T: das war so (.) DAS is eigENTlich mein anliegen (---)  
1385 <<p> was dahinter steckt>;  
1386 (1.30)  
1387 P: ja wie geSAGT- (--)  
1388 wie ich gemeint hab man muss ja auch die sache ma POsitiv sehn,  
1389 (--)  
1390 P: dass vielleICHT die chance besteht dass man mir helfen  
1391 <<p> kann>;  
1392 T: h. (-) also ich GLAUbe (-) ähm (--)  
1393 wenn=-  
1394 P: =weil man (-) die mediZIN wo man [so sagt is heut schon so  
1395 T: [<<p> hm=hm>-  
1396 P: WEIT;  
1397 man hat doch so vielen schon hh. auch !WENN!=s um ne operatiOn  
1398 geht auch so vielen damit schon geHOLfen; (-)  
1399 un (-) es waren noch SCHWIERigere operationen vielleicht als  
1400 !DAS!- (---)  
1401 meins is doch bestimmt (-) zählt doch bestimmt unter (-) so ner  
1402 !KLEI!nen (-) hingegen zu andern: was ANdere haben; (---)  
1403 un (-) davon: sag ich mir vielleicht (.) HILFT das-  
1404 T: h. das (--)

1405 dass dass sie IRgend a (.) aus IRgendeinem grund ne SCHWEre  
1406 funktionsstörung im magen darm bereich haben?  
1407 h. durch die SCHWEre dafür spricht auch diese  
1408 DRUCKempfindlich[keit weil das hh. weil das äh ziemlich gut  
1409 P: [des is alles (wie:)]  
1410 T: auch untersucht ist dass öh SCHWEre funktionsstörungen eben zu  
1411 ner (-) eNORMen empfindlichkeit im magen darm bereich führen;=  
1412 =das is auch WISSenschaftlich recht gut untersucht-  
1413 hh. und ähm (-) m:an kann sich ja VORstellen also mit (-) (nem)  
1414 operativem h. (-) öh (.) vorgehn kann man unter umständen die  
1415 funktion nich unbedingt: gut (-) beEINflussen; (-)  
1416 es kann sogar das GEgenteil dabei rauskommen das is so hh. öh  
1417 der geDANke;  
1418 ja dass: sie aus (-) gründen die wir (.) nich verSTEHN aber hh.  
1419 (-) äh vielleicht ne GANZ schwere funktionsstörung in diesem  
1420 bereich eben HABen;  
1421 (--)  
1422 T: hh. (-- ) und: öh (-) wie gesagt es spricht n !BISS!chen dafür  
1423 dass eben das so emPFINDlich is-  
1424 das is ja auch nich h. n nor!MAL!befund;=nich?=  
1425 n norMALbefund is: dass dass sie hier tief reindrücken können  
1426 und h. und öh: gut wenn da einer n bisschen KITzelig dann sagt  
1427 er [öh fängt er an zu LACHen;=  
1428 P: [(es (.) könnte eigentlich kaum einer )-  
1429 ja das is-  
1430 T: =gell aber h. (-) öhm (-) es is (.) NICH normal (-) dass man  
1431 hier reindrückt und [(.) nur LEICHT reindrückt und es tut (-)  
1432 P: [ja es hat (-) SEHR weh getan-  
1433 T: tut sehr WEH;  
1434 P: <<p>(ja das stimmt)>-  
1435 T: verSTEHN sie das is eben kein norMALbefund;  
1436 (2.10)  
1437 P: ja aber dann MUSS doch irgendwo da noch ne entzündung herrschen  
1438 wenn das so schmerzt wenn man dann <<p> des>, (--)  
1439 dass (.) jetzt der chiRURG wo der abgetastet hat hh. das  
1440 HÖLLisch weh getan <<p>(hat)>; (--)  
1441 die stelle also von hier Oben bis: in den bereich in den bauch;  
1442 T: h[h. also (-- ) entzündungen (---) können zum beispiel (.)  
1443 P: [((schnieft)) (-) da MUSS doch ( )-  
1444 T: solche schweren funktionsstörungen verURsachen;=  
1445 =ja das (.) kennen sie zum beispiel bei der magenDARMgrip  
1446 [pe;=  
1447 P: [<<p> ja>-  
1448 T: =ja das tut (.) [sehr WEH,  
1449 P: [((schnieft))  
1450 T: sie ham DURCHfälle-  
1451 h. und es is sehr DRUCKempfindlich auch;=ja,  
1452 hh. (-) öhm soweit ich jetzt öh (.) öh orientiert bin was die  
1453 beFUNde anbelangt h. ähm (.) is ne entzündung in DEM sinne (.)  
1454 wie das bei ner magendarm (.) grippe h. der fall ist NICH  
1455 gefunden worden;=<<p>(ne)>,

#### Ausschnitte (5)/(5a)

455 T: ich mein DAS is <<p> öh:>-  
456 also i:ch (---) sie ich (-) hab (-) zumindest so den EINdruck  
457 dass ich hm (---) ne (.) gute VORstellung davon:  
458 <<p> hm>=bekommen habe (wo=s ihnen wirklich so daheim geht) mit  
459 ihren beSCHWERden;=ne,=  
460 =[und- (---)  
461 P: =[ja=a,  
462 T: öhm (-) also ich find das auch nich jetzt irgendwie ne ne baNAle



528 UNvorbereitet reingehen;=  
529 P: =hm-=  
530 T: =ja? h.  
531 (--)  
532 T: [(hm=hm),  
533 P: [ja wie geSAGT man SAGT ja immer man muss positiv denken;=  
534 =man muss: (---) sich sagen vielleicht [WIRD es <<p>( gehn)>;  
535 T: [hm=hm-  
536 T: ja;  
537 (-)  
538 T: [also DA-  
539 P: [un DAvon: ,=  
540 =das wurde mir OFTmals [gesagt; (-)  
541 T. [hm=hm,  
542 P: sie müssen POSitiv [dengen;  
543 T: [hm=hm-  
544 P: ja nun DENK ich jetzt ma positiv un (---) ZIEH mich dran: und  
545 sach mir vielLEICHT (---)!WÜR!de mir das hel[fen (weil)-  
546 T: [hm;  
547 (2.10)  
548 T: ich mein POSitiv denken: das kann man natürlich SO un SO-=  
549 P: =ach SO da hab [ich HIER [noch-  
550 T: [öhm-  
551 T: ach SO ja;  
552 (-)  
553 P: un:d zwar [HIER öh mit DEM- (---)  
554 T: [hm=hm,  
555 P: dass die (---) [die DARMSchlingen [nich mehr bewegt sin;

**Behandlungsmanual der Studie „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“**

# **Behandlungsmanual für die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes am Universitätsklinikum Freiburg**

**K. Fritzsche, A. Schweickhardt<sup>1</sup>**

## **Einleitung**

Der Leitfaden beschreibt das psychotherapeutische Vorgehen bei Patienten mit körperlichen Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund, die zur Diagnostik und Therapie im Universitätsklinikum Freiburg in der Neurologischen Klinik und Medizinischen Klinik stationär aufgenommen wurden. Bei der umfangreichen Diagnostik findet sich keine befriedigende organische Erklärung für die Beschwerden. Das psychosomatische Erstgespräch, sowie die psychometrischen Untersuchungsinstrumente haben Hinweise auf psychosoziale Belastungen und Konflikte ergeben. Die Kriterien einer Somatisierung (Lipowski 1988, Bass & Benjamin 1993) bzw. die diagnostischen Kriterien nach ICD-10 für somatoforme Störungen sind erfüllt. Nach dem Erstgespräch erklärt der Patient sein Einverständnis zu weiteren psychotherapeutischen Gesprächen während des Krankenhausaufenthaltes.

Das Vorgehen integriert kognitiv-behaviorale, psychodynamische und interaktionelle Behandlungsansätze. Es entspricht dem derzeitigen Wissensstand und ist an den spezifischen Problemen der Patienten mit somatoformen Störungen ausgerichtet. Die Therapieschritte und -inhalte, sowie der Zeitrahmen sind der besonderen Situation der Universitätsklinik mit einem primär somatischen Diagnostikinventar und Behandlungsangebot angepaßt.

Das Therapieprogramm hat nicht den Anspruch, eine indizierte fachpsychotherapeutische Behandlung zu ersetzen. Die Interventionen konzentrieren sich zunächst auf Informationsvermittlung und Auseinandersetzung mit dem subjektiven Krankheitsverständnis des Patienten. Vorrangiges Ziel ist der Aufbau einer vertrauensvollen, empathischen Beziehung, die es dem Patienten in einem nächsten Schritt ermöglicht, Enttäuschungen und Kränkungen über den bisherigen Behandlungsverlauf und die Behandler, aber auch seelische Belastungen in Vergangenheit und Gegenwart sowie eventuelle Beziehungsprobleme zur Sprache zu bringen.

Die in den psychotherapeutischen Gesprächen gemachten positiven Erfahrungen in Form von Verständnis und eventuell Symptomlinderung werden für das Hauptziel der Intervention, die Motivierung für eine ambulante oder stationäre fachpsychotherapeutische Behandlung genutzt.

Den psychotherapeutischen Interventionen liegen folgende Erfahrungen zugrunde:

---

<sup>1</sup>Abteilung Psychosomatik; Universitätsklinik Freiburg; Hauptstr. 8; 79104 Freiburg

- Allgemeine Elemente der Kurzzeittherapie (Strupp & Binder 1984, Luborsky 1984, 1988, Rockland 1989, Blaser et al. 1992, Geyer 1993).
- Die hilfreiche, vertrauensvolle Beziehung (Luborsky 1984, Strupp & Binder 1984):
- Spezifische Elemente der psychotherapeutischen Behandlung bei somatoformen Störungen (Goldberg et al. 1989, Gask 1995, Bass & Benjamin 1993, Guthrie 1996, Hölzer et al. 1997, Rief 1995, Nickel & Egle 1999, Hoffmann & Egle 1996)

### **Ziele der psychotherapeutischen Interventionen:**

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 Abwehr 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.

### **Grundhaltung:**

Unabhängig von den Inhalten der einzelnen Sitzungen sind folgende Grundhaltungen zu beachten:

- Ernstnehmen der körperlichen Beschwerden "Legitimation der Beschwerden durch den Behandler" (Gordon 1987)
- Vermeidung einer vorschnellen Aufdeckung von psychosozialen Konflikten und ihrer Beziehung zu den Beschwerden
- Verbalisierung von Ärger, Hilflosigkeit und Enttäuschung beim Patienten, Psychotherapeut und beim Behandlungsteam
- Integration der psychotherapeutischen Maßnahmen in Diagnostik- und Therapieplan der Station
- Akzeptanz einer bescheidenen Zielsetzung, die sich flexibel an den Möglichkeiten des Patienten orientiert.

### **Behandlungsrahmen:**

Die Psychodiagnostik und die psychotherapeutischen Gespräche finden in der Regel auf den Stationen der Neurologischen Klinik und der Medizinischen Klinik statt. In Ausnahmefällen, z.B. zur Schaffung einer ungestörten Gesprächsmöglichkeit und bei besonders hochmotivierten Patienten kommt der Patient in die Ambulanz der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin.

Vor Aufnahme in die Studie muß sichergestellt sein, daß der geplante zeitliche Behandlungsrahmen fünf psychotherapeutische Gespräche einschließlich Erstgespräch und Abschlußgespräch zuläßt. Die durchschnittliche Behandlungsdauer beträgt in beiden

Kliniken ca. 9 Tage. Nach den bisherigen Erfahrungen genügt dieser Zeitraum für fünf fortlaufende Gespräche. Die Dauer der Gespräche beträgt in der Regel 60 Minuten.

Zur Herstellung einer Kontinuität wird am Ende jeder Sitzung der erarbeitete Stand zusammengefasst und abgeklärt, ob der Patient diese Einschätzung mit dem Psychotherapeuten teilt und wo Unterschiede liegen. Noch zu vertiefende Bereiche, auch solche, die der Patient vorschlägt, können als Themen für die nächste Stunde vorgemerkt werden. Am Anfang jeder neuen Sitzung stehen Rückblick auf das letzte Gespräch, die zwischenzeitlichen neuen Erfahrungen und Erlebnisse, Fragen nach neuen Einsichten und Einschätzen des Abwehrverhaltens des Patienten.

## Das Erstgespräch

Zu Anfang stehen Vorstellung und Aufklärung über die Ziele der psychotherapeutischen Gespräche und die dazu notwendige wissenschaftliche Begleitforschung (Fragebögen, standardisiertes psychodiagnostisches Interview).

Nach einer offenen Frage zu den Gründen der stationären Behandlung und den Beschwerden kann der Patient ausführlich alle seine körperlichen Beschwerden und Behandlungserfahrungen, z.B. invasive diagnostische und therapeutische Eingriffe schildern. Der Psychotherapeut exploriert alle Symptome, die Intensität der Beschwerden, das zeitliche Auftreten und lässt sich auch vom Patienten die Lokalisation der Beschwerden, zum Beispiel Druckschmerz im rechten Oberbauch und die damit verbundenen Funktionseinschränkungen, z. B. beim Bücken, beim Gehen, beim Arm heben, demonstrieren. Durch die Art der Schilderung seiner Symptome und die damit verbundenen Beeinträchtigungen ermöglicht der Patient dem Psychotherapeuten auch einen Einblick in seine Innenwelt: Bei der Symptomschilderung des Patienten handelt es sich oft nicht um eine reine Aufzählung körperlicher Beschwerden, sondern um Bilder von sehr eindringlicher Intensität: Eine Patientin mit stechenden Bauchschmerzen berichtet so, als wenn sie jemand mit einem Messer in den Bauch sticht und sie sich demgegenüber völlig wehrlos und ausgeliefert fühlt. Die Sprache des Patienten, die begleitenden Emotionen, die Mimik und die Körperhaltung können Zeichen sein, die auf verdrängte, unbewältigte Konflikte und Traumatisierungen hinweisen (Guthrie 1996).

Durch das Mitgefühl mit den körperlichen Beschwerden ("Bodily empathy", Rudebeck 1998) versteht der Psychotherapeut besser, was der Patient körperlich wahrnimmt und worunter er leidet. Dieses körperliche Einfühlungsvermögen ist diagnostischer und therapeutischer Prozeß zugleich. Der Psychotherapeut teilt mit dem Patienten seine körperliche Erfahrungen und dient ihm dabei als Resonanzboden für seine Symptome. Dieses Ernstnehmen der körperlichen Beschwerden schafft zwischen Psychotherapeut und Patient eine gemeinsame Wirklichkeit (Uexküll 1996).

Mit der Erhebung einer bio-psycho-sozialen Anamnese gewinnt der Behandler Einblick in die vergangene und gegenwärtige Lebenssituation des Patienten. Dazu gehört die Familienanamnese und die dabei gemachten Lernerfahrungen im Umgang mit Krankheit und seelischen Belastungen, vor allem im Hinblick auf eine Förderung von Somatisierung. Salutogenetisch werden die psychischen und körperlichen Ressourcen,

die vergangenen und aktuellen Schutzfaktoren und die Konfliktbewältigungs- und Copingstrategien im Umgang mit Krankheit und belastenden Situationen eruiert.

Aus der Schilderung früherer und aktueller Beziehungen zu Eltern, Freunden und Lebenspartnern werden konkrete Bilder der Beziehungsgeschichte und der Interaktion sichtbar. Wie hat sich der Umgang des Patienten mit sich selbst und seinen wichtigsten Bezugspersonen durch seine körperlichen Beschwerden verändert? Wie sieht der Patient sich selbst? Wie sehen ihn seine vertrauten Bezugspersonen? Aus diesen Schilderungen können auch Rückschlüsse auf das Bindungsverhalten, z.B. sicher, unsicher, vermeidend, gezogen werden. Auf dieser Grundlage kann sich der Psychotherapeut erste Hypothesen zur Ich-Struktur, den Abwehrmechanismen und den Bewältigungsstrategien bei inneren Konflikten und einschneidenden Lebensereignissen bilden.

Entlastende Interventionen vermitteln dem Patienten das Gefühl des Verstandenseins und erste Erfahrungen über die positive Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Gespräches. (Schors 1993, Creed & Guthrie 1993, Sachse 1995).

### **Das subjektive Krankheitskonzept**

Der Psychotherapeut geht vom Krankheitsverständnis des Patienten aus und hält sich mit eigenen Überlegungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden zurück. Das Gelingen dieser Feinabstimmung zwischen Arzt und Patient in Bezug auf das Krankheitsverständnis und den daraus folgenden Behandlungsmaßnahmen trägt wesentlich zur Etablierung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses bei.

Die Fragen zum subjektiven Krankheits- und Behandlungsverständnis des Patienten können z.B. lauten:

- Was glauben Sie, hat Ihre Krankheit verursacht?
- Warum glauben Sie, hat sie zu diesem Zeitpunkt begonnen?
- Wie ernsthaft glauben Sie ist Ihre Krankheit?
- Was glauben Sie, welche Therapie Ihnen am meisten helfen könnte?

Schon im ersten Gespräch sollte sich mit dem Patienten über mögliche Ziele der vereinbarten psychotherapeutischen Sitzung geeinigt werden, um keine falschen Hoffnungen auf rasche Besserung oder Heilung der Beschwerden zu fördern. Die Therapieziele werden anschließend schriftlich fixiert und beim letzten Gespräch evaluiert. Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein.

---

## **Zweites Gespräch**

---

Auch die zweite Sitzung läßt zunächst wieder Raum für eine ausführliche Schilderung der körperlichen Beschwerden und der Erfahrungen mit Ärzten, Pflegepersonal und diagnostischen Maßnahmen der Station. Meistens liegen schon erste Untersuchungsergebnisse vor. Trotz aller Kooperation mit den behandelnden Stationsärzten und dem zuständigen Oberarzt werden die meistens unauffälligen Untersuchungsergebnisse in inadäquater Form zurückgemeldet. Dies löst bei dem Patienten erneut Ärger, Wut,

Enttäuschung und Ohnmacht aus und das Gefühl, als Simulant angesehen zu werden. Die Verbalisierung dieser Gefühle, das Ernstnehmen des Ärgers und die Anerkennung der beklagten Beschwerden dienen der Festigung der therapeutischen Beziehung. Die Interventionen sind stets aktiv und ressourcenorientiert. Labilisierende Deutungen werden vermieden. Alle Affekte wie Wut, Enttäuschung und Trauer in der Auseinandersetzung mit der Krankheit und mit dem Behandlungsteam werden aufgegriffen.

Durch regelmäßige Fallbesprechungen mit Pflege- und Ärzteteam sowie Einbeziehung von Angehörigen und Nutzung der familiären Ressourcen wird der psychotherapeutische Prozeß in den medizinischen Behandlungsplan integriert.

Orientierend an der Abwehr gegenüber psychischen Konflikten wird die psychosoziale Anamnese, soweit sie nicht im Erstgespräch erhoben wurde, vervollständigt. Dabei sollten vor allem emotionale Äußerungen des Patienten als Hinweise auf unbewältigte emotionale Belastungen aufmerksam registriert werden.

Ziel des zweiten Gespräches ist die Entwicklung eines breiteren, mehr psychosomatischen Krankheitsverständnisses durch Erläuterung psychophysiologischer Zusammenhänge. In drei Schritten werden die Verbindungen zwischen vorherrschenden Emotionen, den psychophysiologischen Prozessen und den daraus resultierenden Symptomen erläutert. Für Angst und depressive Stimmungen ergeben sich folgende Modelle (s. Abb. 1 und 2).

Abb. 1: Drei Stufen-Modell „Angst und körperliche Beschwerden“

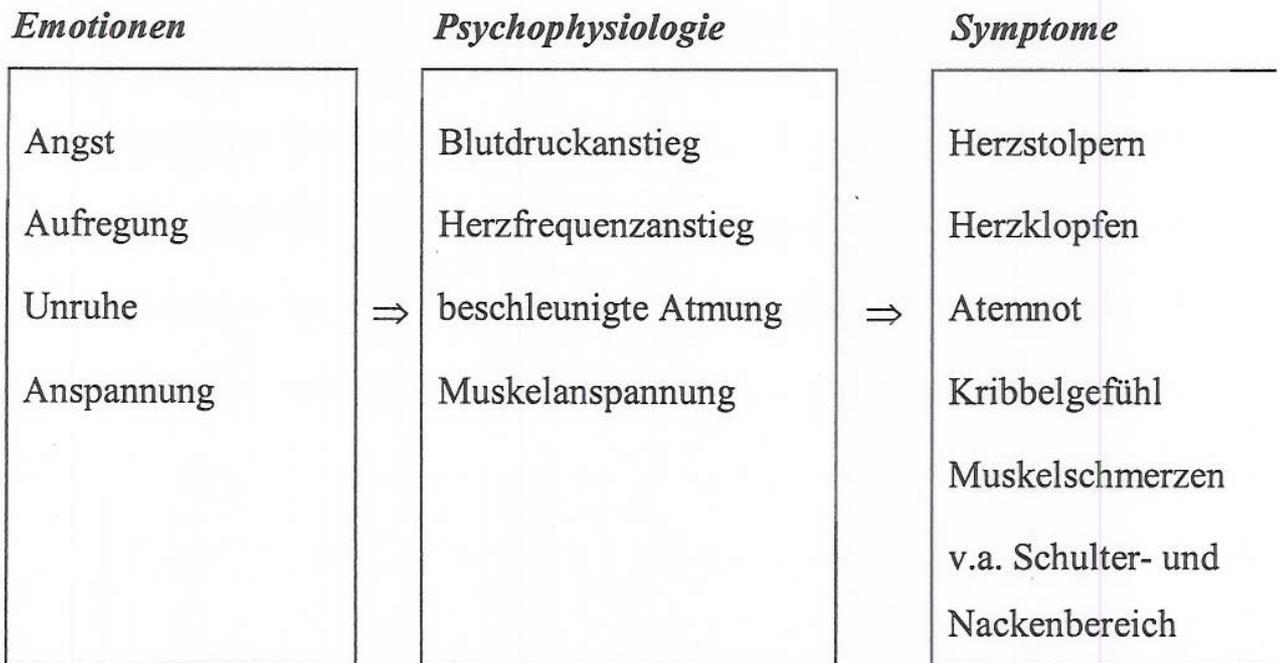
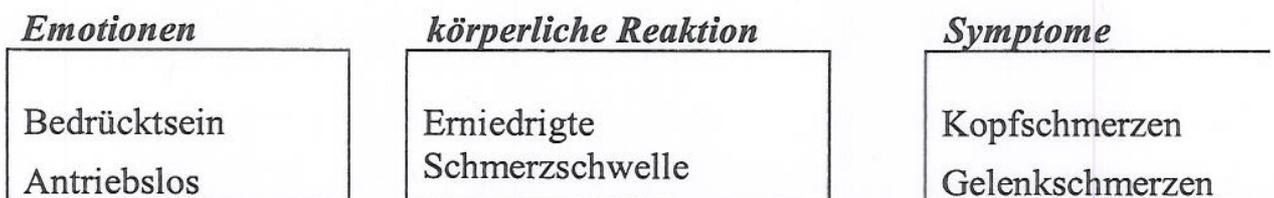


Abb. 2: Drei Stufen-Modell "Depressivität und körperliche Beschwerden"



die vergangenen und aktuellen Schutzfaktoren und die Konfliktbewältigungs- und Copingstrategien im Umgang mit Krankheit und belastenden Situationen eruiert.

Aus der Schilderung früherer und aktueller Beziehungen zu Eltern, Freunden und Lebenspartnern werden konkrete Bilder der Beziehungsgeschichte und der Interaktion sichtbar. Wie hat sich der Umgang des Patienten mit sich selbst und seinen wichtigsten Bezugspersonen durch seine körperlichen Beschwerden verändert? Wie sieht der Patient sich selbst? Wie sehen ihn seine vertrauten Bezugspersonen? Aus diesen Schilderungen können auch Rückschlüsse auf das Bindungsverhalten, z.B. sicher, unsicher, vermeidend, gezogen werden. Auf dieser Grundlage kann sich der Psychotherapeut erste Hypothesen zur Ich-Struktur, den Abwehrmechanismen und den Bewältigungsstrategien bei inneren Konflikten und einschneidenden Lebensereignissen bilden.

Entlastende Interventionen vermitteln dem Patienten das Gefühl des Verstandenseins und erste Erfahrungen über die positive Wirksamkeit eines psychotherapeutischen Gesprächs. (Schors 1993, Creed & Guthrie 1993, Sachse 1995).

### **Das subjektive Krankheitskonzept**

Der Psychotherapeut geht vom Krankheitsverständnis des Patienten aus und hält sich mit eigenen Überlegungen zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden zurück. Das Gelingen dieser Feinabstimmung zwischen Arzt und Patient in Bezug auf das Krankheitsverständnis und den daraus folgenden Behandlungsmaßnahmen trägt wesentlich zur Etablierung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses bei.

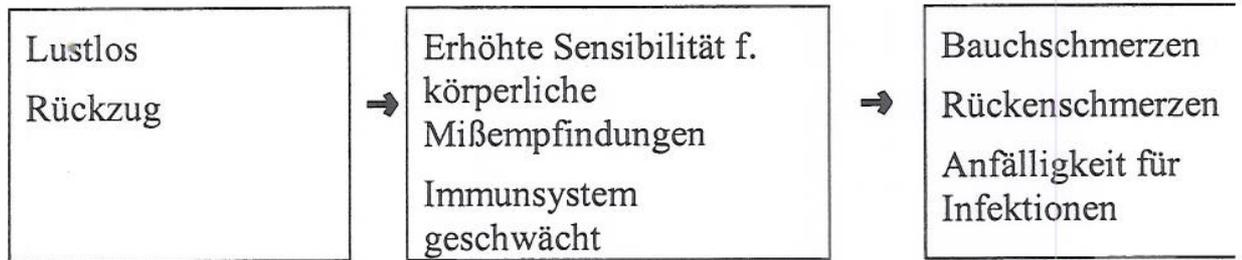
Die Fragen zum subjektiven Krankheits- und Behandlungsverständnis des Patienten können z.B. lauten:

- Was glauben Sie, hat Ihre Krankheit verursacht?
- Warum glauben Sie, hat sie zu diesem Zeitpunkt begonnen?
- Wie ernsthaft glauben Sie ist Ihre Krankheit?
- Was glauben Sie, welche Therapie Ihnen am meisten helfen könnte?

Schon im ersten Gespräch sollte sich mit dem Patienten über mögliche Ziele der vereinbarten psychotherapeutischen Sitzung geeinigt werden, um keine falschen Hoffnungen auf rasche Besserung oder Heilung der Beschwerden zu fördern. Die Therapieziele werden anschließend schriftlich fixiert und beim letzten Gespräch evaluiert. Die Ziele sollten möglichst konkret formuliert sein.

## **Zweites Gespräch**

Auch die zweite Sitzung läßt zunächst wieder Raum für eine ausführliche Schilderung der körperlichen Beschwerden und der Erfahrungen mit Ärzten, Pflegepersonal und diagnostischen Maßnahmen der Station. Meistens liegen schon erste Untersuchungsergebnisse vor. Trotz aller Kooperation mit den behandelnden Stationsärzten und dem zuständigen Oberarzt werden die meistens unauffälligen Untersuchungsergebnisse in inadäquater Form zurückgemeldet. Dies löst bei dem Patienten erneut Ärger, Wut,



Je nach Motivation und Indikation bitten wir den Patienten ein Symptomtagebuch zu führen (s. Zusatzmodule bzw. Materialien), wo die Wahrnehmung der Beschwerden und ihre Fehlbewertung wie z.B. die Angst eine ernsthafte Krankheit zu haben, festgehalten werden. Diese kognitiven und emotionalen Verarbeitungsmechanismen können dann im nächsten Gespräch thematisiert und reattribuiert werden (Symptomtagebuch im Anhang).

Die Rückgabe von Autonomie und eigener Kompetenz an den Patienten wird durch das Erlernen eines Entspannungsverfahrens, am besten die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson erleichtert. Alternativ können jedoch auch einzelne kurze Körperwahrnehmungsübungen (s. Zusatzmodule) durchgeführt werden.

*Beispiel:*

"Legen Sie eine Hand auf den Brustkorb und den Bauch. Spüren Sie die Bewegung unter den Händen, ohne den Atem zu verändern. Nun merken Sie das immer wiederkehrende Ein- und Aus des Atems. Sagen Sie dabei zu sich: "Es atmet mich". Stellen Sie sich vor, wie mit dem Ausatmen Anspannung aus dem Körper weichen kann. Stellen Sie sich vor, wie mit dem Einatmen neuer Sauerstoff und damit neue Energie in den Körper einströmt."

Die Abstimmung über ein gemeinsames Krankheitsverständnis ist eine komplizierte Gradwanderung, die vom Psychotherapeuten viel Einfühlungsvermögen in das körperliche Empfinden des Patienten und seiner Abwehrprozesse gegenüber der Bewußtwerdung psychischer Konflikte erfordert.

**Umgang mit Emotionen und Affekten**

Ziel ist die Differenzierung zwischen körperlicher Symptomatik einerseits und erwünschten und unerwünschten Affekten andererseits, was jedoch in dem begrenzten Rahmen nur in Ansätzen gelingt.

Alle Schilderungen des Patienten sowohl seiner aktuellen Erlebnisse auf Station, als auch seine vergangenen Beziehungserfahrungen werden genutzt, um den Patienten in seiner Gefühlswahrnehmung zu schulen. Jeglicher Gefühlsausdruck, sei es verbal oder nonverbal (z.B. Gesichtsausdruck, Körperhaltung, geballte Faust) kann einfühlsam thematisiert werden.

Neben erwünschten Affekten sollen jetzt auch subjektiv unerwünschte Affekte akzeptiert werden können. Dies führt zur psychischen Entlastung und zur Entwicklung eines kohärenten Selbstgefühls (Antonovsky 1987). Dadurch verbessern sich die selbstreflexiven Fähigkeiten und die Auseinandersetzungen mit der eigenen Leistungsfähigkeit in Konfliktsituationen.

Einen Satz von plastischen Bildern und Narrativen zur Förderung der Wahrnehmung von Gefühlen und der Symbolisierungsfähigkeit findet sich in dem Manual zur Gruppenpsychotherapie von Nickel & Egle (1999).

Das Spiegeln der Gefühle soll im Sinne eines Vorschlags erfolgen, der den Patienten nicht einengt und der von ihm präzisiert oder korrigiert werden kann. Wird ein Gefühl angesprochen, so ist zunächst abzuwarten, ob der Patient zustimmt. Der Patient hat dann die Möglichkeit, sich zu entscheiden, ob seine Gefühle mit dem Vorschlag des Psychotherapeuten übereinstimmen oder er kann das Thema wechseln. Bei nonverbal ausgedrückten Emotionen werden die Gefühle ebenfalls im Sinne eines Vorschlages benannt: "Ich erlebe Sie im Moment als ärgerlich?" - "Sie wirken auf mich jetzt sehr bedrückt".

Wird ein wichtiges Ereignis erstaunlich neutral berichtet, so kann auf diese nicht klar zum Ausdruck kommende oder vermutete Emotion geantwortet werden: "Sie wirken auf mich sehr gefaßt, wenn Sie von dem Ereignis berichten." Kommt es in der Schilderung eines Patienten zu einer unerwarteten Wendung, die einen inhaltlichen Bruch darstellt, so wird der bisherige Verlauf der Schilderung zunächst nachvollzogen und dann der Bruch benannt: "Diesen unerwarteten Schritt in Ihrer Schilderung verstehe ich nicht." Zu Wiederholungen in Patientenäußerungen kommt es, wenn der Psychotherapeut eine versteckte emotionale Botschaft nicht verstanden hat. Daher ist es wichtig, auf solche Wiederholungen und den dahinter liegenden emotionalen Gehalt zu achten und die vermutete Emotion aufzugreifen.

Die meisten Patienten haben in dieser Phase schon Vertrauen zum Psychotherapeuten gefunden und berichten bereitwillig über Sorgen, Belastungen, Hilflosigkeit und zeigen Gefühle von Traurigkeit, Ärger, Wut und Enttäuschung. Hierbei werden dann die Einflüsse des sozialen Umfeldes, der Familie, des Ehepartners, oder die Arbeitsplatzsituation sichtbar und können mit ihren symptomverstärkenden, wie auch entlastenden Aspekten in Form von Ressourcen thematisiert werden.

Ist eine Stufe erreicht, wo der Patient offen und frei über seine emotionalen Belastungen sprechen kann, ist es auch besser möglich, diese Empfindungen in Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden und seinem Krankheitsverhalten zu stellen.

Spezifische Interventionen, die je nach Krankheitsmuster zu variieren sind, erläutern die psychophysiologischen Zusammenhänge zwischen den Emotionen des Patienten und den dabei auftretenden Körpersymptomen anhand eines Streßmodelles, was sowohl das subjektive Erleben, psychosoziale Einflußfaktoren und Reaktionen als auch physiologische Bindeglieder und körperliche Reaktionen umfaßt (Abb. 3).

Abb. 3: Belastung und Stressreaktion auf Hintergrund der individuellen Verarbeitung

Anhand des Teufelskreismodelles werden die Zusammenhänge zwischen körperlichen Beschwerden, Anspannung, Wahrnehmung, Fehlbewertung wie Angst vor ernsthaften Krankheiten, Verstärkung der Anspannung und der Symptome erklärt.

### **Dritte Sitzung**

Je nach Intensität der vorausgegangenen Sitzungen und dem intrapsychischen Abwehrverhalten des Patienten werden zunächst wieder primär Klagen über körperliche Beschwerden und die Enttäuschung über bisher noch nicht gefundene organische Erklärungen im Vordergrund stehen. Der Psychotherapeut geht auf diese emotionalen Äußerungen der Unzufriedenheit und des Klagens ausführlich ein. Vorsichtig führt er den Patienten wieder auf mögliche Zusammenhänge zwischen dem Auftreten der Symptome und eventuellen emotionalen Belastungen hin. Dies kann zum Beispiel anhand des Symptomtagebuchs geschehen.

Nicht selten zeigen sich ähnliche Körperbeschwerden ohne Organbefund bei Familienangehörigen oder nahen Bezugspersonen. Die dabei gemachten Erfahrungen prägen das Krankheitsverständnis des Patienten und seiner daraus resultierenden Fehlbewertungen der Symptomatik.

Nach Verlust einer nahen Bezugsperson können durch die Identifizierung mit diesem Mensch körperliche Beschwerden als Ausdruck eines nicht abgeschlossenen Trauerprozesses auftreten. Die dahinter liegenden ambivalenten Gefühle können in dem begrenzten Rahmen jedoch nur ansatzweise thematisiert werden. Hier bietet sich auch ein Ansatzpunkt für die Motivierung für eine fachpsychotherapeutische Behandlung.

### **Vierte Sitzung**

#### **Das Paar- oder Familiengespräch**

Die vierte Sitzung ist für die Durchführung eines Paar- oder Familiengesprächs vorgesehen.

Die frühzeitige Einbeziehung von Partner oder Familie dient der Beantwortung folgender Fragen (Nickel & Egle 1999):

- Welche Kommunikationsfunktion haben Beschwerden?
- Inwieweit ist eine Veränderung der Beschwerden und des Verhaltens innerhalb des bestehenden Familiensystems möglich oder erwünscht?

- Wie groß sind sekundärer und terziärer Krankheitsgewinn?
- Was hat sich in der Familie seit Beginn der Beschwerden verändert?
- Was sind aufrechterhaltende Faktoren?
- Welche Ressourcen stehen der Familie/ dem Paar bei der Bewältigung der Beschwerden zur Verfügung?
- Läßt sich die soziale Unterstützung in der Familie fördern?

Durch die Thematisierung dieser Fragen kann bereits von einer Veränderung innerhalb des Familiensystems/ der Dyade ausgegangen werden. Besonders die Erweiterung des Veränderungsspielraums, die Bereitstellung bislang nicht genutzter Ressourcen und die Stärkung der sozialen Unterstützung lassen sich darüber hinaus gezielt verändern.

Kommt ein Gespräch mit Partnern oder Familienangehörigen nicht zustande, so dient die Sitzung der Vertiefung vorangegangener Themen auf dem Hintergrund der Förderung von Wahrnehmung und Ausdruck von Emotionen und ihren Zusammenhängen mit körperlichen Beschwerden.

## **5. Sitzung - Abschlußphase**

Diese ist durch die Beendigung der therapeutischen Beziehung und Ablösung aus dem oft auch ambivalent erlebten Schutz des Krankenhauses bestimmt. Orientierung an zukünftigen Zielen und Vorbereitung auf die Realität außerhalb des Krankenhauses stehen im Mittelpunkt. Die weitere psychotherapeutische Behandlung wird aktiv vermittelt.

Zunächst werden wieder Unsicherheit und Beschämung aufgrund der negativen Befundlage bezüglich einer organischen Erkrankung thematisiert. Meistens sind die Patienten ratlos und fragen "...und wie geht's jetzt weiter?". Jetzt kommt die therapeutische Beziehung, in der der Patient sich verstanden fühlte und auch eine emotionale Entlastung erlebte, zum tragen. Gemeinsam mit dem Patienten werden kurzfristige und längerfristige Ziele formuliert und deren Umsetzbarkeit überprüft. Die psychischen und sozialen Ressourcen werden offen benannt und als Unterstützungsmöglichkeiten in die poststationäre Behandlungsphase eingeplant.

## **Weitervermittlung in ambulante Psychotherapie**

Wenn die Patienten nicht schon von sich aus nach einer psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeit nach Entlassung fragen, wird dies auf dem Hintergrund der positiven Erfahrungen während des Krankenhausaufenthaltes vom Psychotherapeuten thematisiert. Dabei werden dem Patienten weitreichende Angebote für die Vermittlung eines geeigneten Psychotherapeuten gemacht und aktiv in die Wege geleitet. Die alleinige Weitergabe von Adressen mit der Bitte, selbst einen Termin zu vereinbaren ohne vorherige Rücksprache mit dem zuständigen Psychotherapeuten führt nach unserer Erfahrung oft zu frustrierten Erlebnissen bei der Psychotherapeutensuche.

Abhängig vom Strukturniveau, der Motivation bis hin zur Sprache gekommenen Traumatisierungen werden folgende Differentialindikationen für die poststationäre Behandlung gestellt:

- Kognitiv-behaviorale Therapie zur Beeinflussung der Symptomebene
- Beratungsstelle bei Paar- und Familienkonflikten
- Spezifische Schmerztherapie, z.B. Schmerzbewältigungsgruppe oder Psychotherapeut mit Qualifikation in spezieller Schmerztherapie
- Tiefenpsychologisch, psychodynamische Psychotherapie zur Bearbeitung von neurotischen Konflikten
- Stationäre Behandlung in psychosomatischer Fachklinik

Neben der Vermittlung eines ambulanten Psychotherapieplatzes ist bei jedem Patienten die Einbeziehung des Hausarztes in die weitere Behandlungsplanung wichtig. Viele Ärzte verfügen über eine Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung und haben schon ein entsprechendes psychosomatisches Verständnis für die Körperbeschwerden des Patienten. Neben der Information über den Behandlungsverlauf im Krankenhaus wird der Hausarzt mit Einverständnis des Patienten über ihm noch nicht bekannte psychosomatische Zusammenhänge unterrichtet. Er ist im weiteren Verlauf die wichtigste Person bei der Motivierung für eine ambulante Psychotherapie. Oft sind mehrere beratende Telefonate über einige Wochen notwendig, um die geplanten Behandlungsschritte umzusetzen.

## **Zusatzmodule**

Die folgenden Behandlungselemente und Themen bieten sich an, individuell je nach Problemkonstellation und emotionaler Entwicklungsstand des Patienten einzusetzen.

### **1. Übungen zur Körperwahrnehmung**

In die Gespräche können Körperübungen, zum Beispiel zur Auslösung körperlicher Beschwerden durch Kniebeugen oder Hyperventilation eingebaut werden. Die Wahrnehmung von Schmerz unter Anspannung und Entspannung ist durch Liegen oder Sitzen mit einem Tennisball im Rücken möglich.

Wie fühlt sich das Stehen an? Werden die Füße, die Beine, das Becken usw. wahrgenommen, werden nur Schmerzen oder auch andere Empfindungen gespürt? Wird überhaupt etwas gespürt? Sind beide Seiten gleich? Berühren die Füße den Boden? Was verändert sich, wenn die Konzentration auf eine bestimmte Stelle, eine Seite, das linke Bein oder auf den rechten Fuß gelenkt wird?

Schreck- und Angstreaktion kommen vor, wenn z.B. das Telefon klingelt oder man überraschend von jemand angesprochen oder an der Schulter berührt wird. Anhand dieser Erfahrungen wird das Zusammenspiel von Wahrnehmung, Gefühl und Gedanken einerseits und die dazugehörigen psychophysiologischen Veränderungen wie Blutdruck, Puls, Hautfarbe und Pupillenreaktion andererseits erläutert. Vor Prüfungen oder öffentlichen Auftritten reagieren viele Menschen mit Lampenfieber, Schwitzen oder Harndrang. Gefühle von Lust und Freude sind ebenso mit körperlichen Reaktionen verbunden wie umgekehrt schwere körperliche Erkrankungen das seelische Befinden beeinflussen.

Neben den Entspannungsverfahren werden auch Phantasiereisen im Sinne der geleiteten Imagination eingesetzt (siehe Anhang).

## **2. Symptomtagebuch zur Schulung der Affektwahrnehmung:**

Wichtig ist, daß der Patient immer aktiv an der Therapieplanung und -umsetzung beteiligt ist. Das Symptomtagebuch mit den Fragen "wann treten die Beschwerden auf", "durch was werden sie verstärkt", wird durch die Frage "was tut mir gut?" erweitert. Zur Affektwahrnehmung werden typische Konfliktsituationen im Leben des Patienten durchgesprochen: Meistens besteht ein problematischer Umgang mit eher negativ besetzten Gefühlen in kritischen sozialen Situationen. Entweder werden Gefühle vollständig unterdrückt oder stark fokussiert, zum Beispiel auf Versagensängste, Selbstzweifel und Minderwertigkeitsgefühle. Besonders nach Verlust von nahen Bezugspersonen oder anderen Verlusterlebnissen herrscht oft eine unterdrückte Trauer und eine abgewehrte Ambivalenz gegenüber der geliebten Person vor. Die in Situationen extremer Belastung aufgetretenen Todesängste, zum Beispiel bei Vergewaltigung oder schweren Operationen, werden ebenfalls häufig verdrängt. Der Patient wird ermutigt, diese Gefühle zu spüren und zu verbalisieren. In alltäglichen Konfliktsituationen, wie z .B. bei Verständigungsproblemen mit Ärzten und Pflegepersonal wird der Patient ermutigt, seine Kritik offen zu äußern und seinen Standpunkt zu behaupten. Die psychische Entlastung und die dabei oft einhergehende Symptominderung ist für den Patienten unmittelbar zu erleben.

## **3. Abbau des Schon- und Vermeidungsverhaltens**

Einzelne Sitzungen können zur Vertiefung des Zusammenhanges zwischen der Persönlichkeit des Patienten, seiner Lebensgeschichte, seiner jetzigen Lebenssituation und den körperlichen Beschwerden genutzt werden. Vor allem die Schutzfunktion der Symptomatik und das damit verbundene Schon- und Vermeidungsverhalten im Umgang mit anderen Menschen sollte thematisiert werden. Dabei wird sichtbar, daß der Patient sich durch die Überbetonung seiner körperlichen Beschwerden vor Überforderungssituationen oder Versagungssituationen in Beruf oder Privatleben schützt. Dies sollte auch positiv herausgestellt werden, so daß das Schon- und

Vermeidungsverhalten als Konsequenz auf die Umweltbelastungen und schwierigen Beziehungskonstellationen sichtbar wird. Als Beispiel dient eine elektrische Sicherung, die sich bei Überlastung abschaltet, um einen anderen Stromkreis zu schützen und damit eine ausreichende oder normale Funktion zu erhalten. Durch direkte (z.B. Paargespräch oder Familiengespräch) oder indirekte Einbeziehung naher Bezugspersonen, kann ein Verständnis und eine Beeinflussung des sozialen Bezugssystems entwickelt werden.

Folgende Fragen sind möglich:

"Wie würde Ihr Mann darauf reagieren, wenn Sie Ihren Ärger offen äußern?"

"Welchen kurzfristigen Nutzen haben Sie durch Ihre Beschwerden?"

"Welchen langfristigen Nutzen bzw. negative Auswirkungen entstehen Ihnen aufgrund Ihrer Beschwerden?"

"Wie haben Sie sich gefühlt, wenn andere Menschen sich abwenden und wenn Ihr Verhalten und Ihre Beschwerden nicht positiv bewertet werden?"

Dabei werden die Reaktionen sowohl kognitiv, emotional als auch körperlich und auf der Handlungsebene abgefragt. Diese Intervention endet mit der Frage, ob solche Erfahrungen auch aus anderen Lebenssituationen und aus der Lebensgeschichte bekannt sind.

#### **4. Erproben von alternativen Verhaltensweisen in Beruf und Privatleben**

Je nach zur Verfügung stehender Zeit, Problematik, Motivation und Entwicklungsmöglichkeiten des Patienten können neue Lebensmuster und neue Lebensformen gemeinsam ausphantasiert werden. Hier gilt es vor allem, einen dritten Weg zwischen Resignation und Überaktivität zu finden.

Die gedankliche Erprobung neuer Verhaltensweisen dient auch der Förderung der Selbständigkeit und der Lösung von der Vorstellung, Hilfe für die Probleme im rein medizinisch orientierten Behandlungssystem zu finden: "Langfristig kann mir nicht der Arzt helfen, sondern nur ich mir selbst".

#### **5. Entspannungsverfahren**

Häufig verbessern sich somatoforme Beschwerden bei Entspannung. Daher ist das Erlernen eines Entspannungsverfahrens ein wichtiger Bestandteil der Behandlung, der dem Patienten zudem Kontrolle über seine Beschwerden geben kann. Bei somatoformen Patienten hat sich vor allem die Progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen bewährt. Der Vorteil dieses Verfahrens liegt in der leichten Erlernbarkeit durch den Patienten, darüber hinaus haben andere Techniken wie Autogenes Training bei einigen Patienten – vor allem mit Schmerzsymptomatik - den Nachteil, daß diese zunächst eine Verschlechterung erfahren können.

### **Instruktionen für spezifische Behandlungsprobleme**

#### **1. Die Indikation zur stationären fachpsychotherapeutischen Behandlung**

Zeigen sich in der diagnostischen Phase und der anschließenden Behandlungsphase Symptome einer schweren Angststörung oder Depression, die zunächst im ambulanten Rahmen nur unzureichend stabilisiert werden kann, so motivieren wir den Patienten für die Behandlung in einer psychotherapeutisch-psychosomatischen Fachklinik. Zur Motivation gehört die Aufklärung über den Charakter der Erkrankung und die zur Verfügung stehenden guten Behandlungsmöglichkeiten.

## **2. Psychopharmakabehandlung**

Der Einsatz von Psychopharmaka bei somatoformen Störungen ist umstritten. Es gibt bisher keine Hinweise darauf, daß eine medikamentöse Behandlung, ausgenommen schwere Depressionen oder Angstsymptome die körperlichen Beschwerden und die sozialen Beeinträchtigungen verbessern. Liegen jedoch die typischen Symptome einer Depression vor, so sollte ein Versuch mit einem Antidepressivum, am besten vom SSRI-Typ, unternommen werden.

## **3. Umgang mit Traumatisierungen**

Der Anteil schwerer Traumatisierungen in Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter ist bei Patienten mit somatoformen Störungen, vor allem bei Schmerzstörungen hoch und liegt zwischen 30 und 50 %. Sollten solche Traumatisierungen zur Sprache kommen, so ist im Rahmen der Kurzzeitintervention ein spezifisches Vorgehen erforderlich: Der Therapeut sollte die Verletzungen offen beim Namen nennen, sich mit dem Patienten verbünden und dessen Partei ergreifen. Neben der Anerkennung der traumatischen Erfahrungen informiert der Psychotherapeut den Patienten über die Zusammenhänge solcher Erlebnisse und das Auftreten von davon beeinflussenden Beziehungserfahrungen bis zu körperlichen Beschwerden (Gast 1997). Die Entwicklung von konkreten Bewältigungsmöglichkeiten in Krisensituationen und die Integration der traumatischen Erlebnisse zur Verbesserung der Affekttoleranz und Impulskontrolle ist nur im Rahmen einer längerfristigen psychotherapeutischen Behandlung möglich.

## Literatur

- Antonovsky, A. (1987). Unrevealing the mystery of health: How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bass, C., Benjamin, S. (1993). The management of chronic somatisation. *British journal of Psychiatry*, 162, 472-480.
- Blaser, A., Heim, E.; Thommen, M. Ringer, C. (1992). *Problemorientierte Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Creed, F., Guthrie, E. (1993). Technique for interviewing the somatising patient. *British Journal of Psychiatry*, 162, 467-471.
- Gask, L. (1995). Management in Primary Care. In: Mayou, R., Bass, C., Sharpe, M., Editor. *Treatment of Functional Somatic Symptoms*. Oxford University Press: 391-409.
- Gast, U. (1997) In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O., Joraschky, P. (Hrsg). *Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung*. (S. 237-258). Stuttgart: Schattauer.
- Geyer, M. (1993). Interdisziplinäre Aspekte der Psychotherapie. In: Heigl-Evers, A.; Heigl, F.; Ott, J. (Hrsg). *Lehrbuch der Psychotherapy*. Stuttgart: Fischer.
- Gordon, G.H. (1978) Treating somatizing patients. *Western Journal of Medicine*, 147, 88-91.
- Goldberg, D.P., Gask, L., O'Dowd, T., (1989). The treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research* 33: 689-695.
- Guthrie, E. (1996). Psychotherapy of somatisation disorders. *Curr. Opin. Psychiatr* 9: 182-187.
- Hoffmann, S.O., Egle, U.T. (1996). Psychodynamische Konzepte bei psychogenen und psychosomatischen Schmerzzuständen. In: Basler, H-D., Franz, C.; Kröner-Herwig, B. Rehfisch, H.P.; Seemann, H. (Hrsg). *Psychologische Schmerztherapie*. Berlin: Springer.
- Luborsky, L. (1984). Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment principles of psychoanalytic psychotherapy. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. (1988). *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Berlin: Springer
- Nickel, R., Egle, U.T. (1999). *Therapie somatoformer Schmerzstörungen: Manual zur psychodynamisch-interaktionellen Gruppentherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Rief, W. (1995). Multiple somatoforme Symptome und Hypochondrie. *Empirische Beiträge zur Diagnostik und Behandlung*. Bern: Huber.
- Rockland, L.H. (1989). *Supportive therapy: a psychodynamic approach*. New York: Basic Books.

- Rudebeck, C.E. (1998). The doctor, the patient and the body. Proceedings of the eleventh international Balint Congress 1998. Hrsg. v. John Salinsky. Southport: Limited Edition Press.
- Sachse, T. (1995). Der psychosomatische Patient in der Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schors, R. (1993) Psychoanalytische Einzeltherapie bei Schmerz. In Egle, U.T.; Hoffman, S.O. (Hrsg.) Der Schmerzkranke. (S. 369-380). Schattauer: Stuttgart.
- Strupp, H.H., Binder, J.L. (1984). Psychotherapy in a new key. New York: Basic Books.
- Von Uexküll, T. (1996). Psychosomatische Medizin. (5.Aufl.) München: Urban & Schwarzenberger.

## Materialien

### Symptomtagebuch

Aufzeichnung der Gedanken und Gefühle während der körperlichen Beschwerden

Datum	Symptome (Schweregrad 0 - 10)  0 = gar nicht, 10 = sehr stark  Situation (Was sie gerade tun oder was Sie gedanklich beschäftigt)	Wie fühlten Sie sich?  (Stärkegrad 0 - 10)  0 = gar nicht, 10 = sehr ausgeprägt  z. B. Ängstlich, sehr angespannt, traurig, nervös, ärgerlich, froh, unruhig	An was dachten Sie)  (Stärkegrad dieser Gedanken von 0 - 10)  0 = gar nicht vorhanden, 10 = sehr stark vorhanden)
<i>Beispiel:</i>  14.09.98    20.09.98	Schmerzen in der Brust (8)    Kurzatmigkeit (4)  Herzrasen (6)  Ich liege im Bett	Ängstlich (6)    Ängstlich (9)	Ich habe einen Herzinfarkt (9)    Irgend etwas stimmt nicht mit meinem Herzen (8)

Datum	Symptome (Schweregrad 0 - 10)  0 = gar nicht, 10 = sehr stark  Situation (Was sie gerade tun oder was Sie gedanklich beschäftigt)	Wie fühlten Sie sich? (Stärkegrad 0 - 10)  0 = gar nicht, 10 = sehr ausgeprägt  z. B. Ängstlich, sehr angespannt, traurig, nervös, ärgerlich, froh, unruhig	An was dachten Sie) (Stärkegrad dieser Gedanken von 0 - 10)  0 = gar nicht vorhanden, 10 = sehr stark vorhanden)

# Körperwahrnehmungsübungen

## 1. Reise durch den Körper im Sitzen

Nehmen Sie eine bequeme Sitzposition ein, probieren Sie so lange, bis Sie diese gefunden haben.

Wenn es Ihnen möglich ist schließen Sie nun die Augen, da es so leichter ist sich auf den Körper zu konzentrieren. Dies ist jedoch keine Bedingung.

Wenn Ihre Sitzposition unbequem wird, können Sie diese verändern. Gehen Sie nun mit Ihrer Aufmerksamkeit zu den Füßen, bemerken Sie wie diese am Boden stehen.

Bemerken Sie den festen Untergrund unter den Füßen, wie dieser die Füße hält und trägt. Wandern Sie nun langsam mit Ihrer Aufmerksamkeit die Unterschenkel hinauf zu den Knien, spüren Sie die Wadenmuskulatur?

Bemerken Sie die Länge Ihrer Unterschenkel.

Bemerken Sie den Abstand zwischen den Knien.

Wandern Sie langsam weiter mit Ihrer Aufmerksamkeit, an der Unterseite der Oberschenkel entlang zum Becken.

Bemerken Sie die Länge der Oberschenkel.

Bemerken Sie wie diese die Sitzfläche des Stuhles berühren.

Liegen Sie mit einer breiten Fläche auf, oder berühren Sie die Sitzfläche nur leicht? Wie kann sich das Gesäß auf dem Stuhl niederlassen? Wieviel Platz nimmt es auf der Sitzfläche ein? Wo spüren Sie viel Gewicht, an welchen Stellen des Gesäßes wenig Gewicht? Wie groß erscheint Ihnen die Sitzfläche des Stuhles? Handelt es sich um eine gepolsterte oder um eine harte Sitzfläche?

Wandern Sie nun weiter, langsam Ihren Rücken hinauf. Bemerken Sie die Kontaktfläche Ihres Rückens mit der Rückenlehne des Stuhles. Handelt es sich hierbei um einzelne Punkte oder eine große Fläche?

Wieviel Gewicht geben Sie an die Rückenlehne ab? Wie hoch und wie breit erscheint Ihnen die Rückenlehne?

Wandern Sie nun weiter, hinauf zu Ihrem Schultergürtel. Bemerken Sie die Breite Ihres Schultergürtels.

Wandern Sie nun langsam mit Ihrer Aufmerksamkeit von der rechten Schulter den rechten Arm hinab. Spüren Sie Ihren rechten Oberarm, seine Länge, - seinen Abstand bzw. seine Nähe zum Rumpf.

Bemerken Sie die Position Ihres Ellenbogens, wie stark dieser gebeugt ist,

bemerken Sie die Lage und Auflage Ihres rechten Unterarmes,

wandern Sie bis in die rechte Hand, erspüren Sie die Position jedes einzelnen Fingers. Wandern Sie nun mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder den Arm hinauf und gehen Sie zu Ihrer linken Schulter.

Wandern Sie auch von dieser langsam Ihren Arm hinab. Spüren Sie zuerst Ihren linken

Oberarm, seine Länge, seinen Abstand bzw. seine Nähe zum Rumpf,

bemerken Sie die Position Ihres Ellenbogens, – und wandern Sie dann langsam den linken Unterarm hinab, bemerken Sie wie er aufliegt.

Wandern Sie bis in die Hand und erspüren Sie die Lage jedes einzelnen Fingers.

Wandern Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit wieder den Arm hinauf und wandern Sie dann langsam Ihren Nacken hinauf.

Bemerken Sie die Position des Nackens und des Kopfes. Ist der Kopf nach vorne, hinten oder zu einer der beiden Seiten geneigt oder gedreht?

Wandern Sie nun zu der Vorderseite, zuerst zu Ihrem Gesicht. Spüren Sie Ihre Augen. Können die Augen ruhen, oder ist noch Unruhe oder Spannung in den Augen zu spüren?

Was macht der Kiefer und die Lippen? Kann der Unterkiefer sinken? Liegen die Lippen lose aufeinander oder sind sie fest aufeinander gedrückt? Wo befindet sich Ihre Zunge? Drückt sie nach oben gegen den Gaumen oder kann sie locker in die Mundhöhle sinken?

Wandern Sie mit Ihrer Aufmerksamkeit langsam weiter, an der Vorderseite Ihres Rumpfes hinab. Bemerkn Sie die Bewegung des Brustkorbes oder der Bauchdecke, die evtl. durch den Atem ausgelöst wird, ohne an Ihrem Atem etwas zu verändern.

Spüren Sie noch einmal wie Sie insgesamt auf dem Stuhl sitzen. Bemerkn Sie wie der feste Untergrund, die Sitzfläche und Rückenlehne des Stuhles Sie halten und tragen.

Beenden Sie nun die Übung, indem Sie sich dehnen und räkeln, dabei tief durchatmen und erst wenn der Körper wieder frischer ist die Augen wieder öffnen.

#### **Anmerkungen zur Übung:**

1. Es können einzelne Sequenzen aus dem Text herausgegriffen werden.
2. Die Übung sollte im Anschluß besprochen werden:
  - ⇒ Wie fühlen Sie sich nun?
  - ⇒ Wie erging es Ihnen während der Übung?
  - ⇒ War der Text zu lange? War er zu langsam oder zu schnell gesprochen? Hatten die Pausen die richtige Länge?
  - ⇒ Konnten Sie mit der Aufmerksamkeit dabei bleiben, oder waren Sie öfter abgelenkt?
  - ⇒ Was war für Sie deutlich spürbar?
  - ⇒ Gab es Bereiche, die Sie nicht oder nur undeutlich spürten, bzw. wo Ihnen das Wahrnehmen schwer fiel?
  - ⇒ Gab es etwas, das Sie als besonders angenehm oder unangenehm empfanden?
  - ⇒ War es leichter für Sie einzelne Körperteile zu spüren oder aber den Stuhl wahrzunehmen? (ich habe die Möglichkeit meinen Körper wahrzunehmen und mit meinem Körper meine Umgebung wahrzunehmen)

- ⇒ War Ihre Aufmerksamkeit mehr bei den angenehmen oder mehr bei den unangenehmen Empfindungen?
- ⇒ Was dachten Sie während der Übung, bzw. während dem Sie wahrnahmen?

## **2. Übung zur Muskelentspannung im Sitzen in Anlehnung an Jacobson, am Beispiel des Schulter-/Nackensbereichs:**

### **Allgemeine Hinweise**

- ⇒ Es ist keine maximale Anspannung erforderlich, es reicht die Muskulatur leicht anzuspannen.
- ⇒ Die Spannung ca. 5 bis 10 Sek. Halten, die Entspannung ca. 15 Sek.
- ⇒ Falls Muskelgruppen mitangespannt werden, die nicht gemeint sind, diese zum Lockerlassen ansprechen, z.B. „rechte Hand zur Faust machen, den Oberarm dabei locker lassen“.

Rechte Hand zur Faust machen -- die Spannung in der Hand wieder lösen.

Rechte Hand zur Faust machen, die Spannung spüren -- die Spannung in der Hand wieder lösen, die Entspannung spüren.

Rechte Hand zur Faust machen, die Spannung spüren und mit der linken, entspannten Hand vergleichen -- Spannung in der Hand lösen, Entspannung spüren und mit der linken Hand vergleichen.

Das Gleiche mit der linken Hand.

Rechte Schulter Richtung Ohr ziehen -- Schulter wieder sinken lassen.

Rechte Schulter Richtung Ohr ziehen, Spannung in der rechten Hals- und Schulterpartie spüren -- Schulter wieder sinken lassen, Entspannung spüren.

Rechte Schulter Richtung Ohr ziehen, Spannung in der rechten Hals- und Schulterpartie spüren und mit der linken, entspannten Seite vergleichen -- Schulter wieder sinken lassen, Entspannung spüren und mit der linken Seite vergleichen.

Das Gleiche mit der linken Seite.

Den Kopf leicht in den Nacken nehmen -- den Kopf wieder in die Mittelposition bringen.

Den Kopf leicht in den Nacken nehmen, die Spannung im Nacken spüren -- den Kopf wieder in die Mittelposition bringen, die Entspannung im Nacken spüren.

Das Kinn in Richtung Brust ziehen -- das Kinn und den Kopf wieder in die Mittelposition zurückführen.

Das Kinn in Richtung Brust führen und die Spannung in der vorderen Halspartie wahrnehmen -- das Kinn und den Kopf wieder in die Mittelposition zurückführen und die Entspannung spüren.

Die Schultern nach hinten zusammenziehen – Schultern zurück in die Mittelposition kommen lassen.

Die Schultern nach hinten zusammenziehen, die Spannung zwischen den Schulterblättern spüren -- die Schulter zurück in die Mittelposition kommen lassen, die Entspannung spüren.

Die Schultern nach vorne bewegen -- die Schultern zurück in die Mittelposition kommen lassen.

Die Schultern nach vorne bewegen, die Spannung im Brustbereich spüren – die Schultern zurück in die Mittelposition kommen lassen und die Entspannung im Brustbereich spüren.

### **3. Atemübung:**

Legen Sie je eine Hand auf den Brustkorb und den Bauch. Spüren Sie die Bewegung unter den Händen, ohne den Atem zu verändern. – Bemerkten Sie das immer wiederkehrende EIN und AUS des Atems. – Sagen Sie dabei zu sich den Satz „es atmet mich“. – Stellen Sie sich vor, wie mit dem Ausatem Anspannung aus dem Körper weichen kann. – Stellen Sie sich nun vor, wie mit dem Einatem neuer Sauerstoff und damit neue Energie in den Körper einströmt. – Dehnen und räkeln Sie sich ausgiebig.

### **4. Die „lauschende“ Hand:**

Während der Untersuchung, beim Palpieren oder auch als Übung die Hände etwas länger liegen lassen, bzw. dort auflegen wo der Patient dies als angenehm empfindet.

Den Patient evtl. auffordern zu den Händen hinzuspüren.

Im Anschluß ist es möglich ihn zu fragen was er wahrgenommen hat (angenehmes oder unangenehmes Empfinden des eigenen Körpers, wahrnehmen von Gefühlen, wahrnehmen der Hände und darüber hinaus evtl. dessen was über diese vermittelt wird, bzw. wahrnehmen des Behandlers).

Was nehme ich vom Patienten wahr?

Schreckt er vor meiner Hand zurück oder wendet er sich dieser zu?

Was kann ich von seinem Atem wahrnehmen (Rhythmus, Frequenz, Tiefe)?

Gleicht sich mein Atem seinem Atem an?

Wie ist seine Haltung und sein Muskeltonus?

Wie fühle ich mich bei dieser Berührung?

## Visualisierungsübung

### "Ort der Ruhe und der Kraft"

Setze Dich oder lege Dich bequem und locker hin. Mache es Dir so bequem wie möglich und schließe die Augen.

Verändere so lange Deine Lage oder Deine Haltung, bis Du ganz bequem und ganz entspannt sitzt oder liegst.

Alles um Dich herum ist jetzt völlig gleichgültig. Du mußt jetzt überhaupt nichts leisten. Und vielleicht korrigierst Du noch einmal Deine Haltung, so lange, bis Du ganz bequem sitzt.

Du mußt jetzt überhaupt nichts leisten. Alles um Dich herum ist jetzt völlig gleichgültig.

Achte darauf, wo Du Kontakt zu Deiner Unterlage hast, an den Füßen, an den Unter- und Oberschenkeln, am Gesäß, am Rücken und an den Schultern. Vielleicht am Kopf, an den Armen und Händen.

Laß Dir Zeit.

Laß Deine Gedanken einfach kommen und gehen, und hänge Deinen Gedanken einfach nach. Laß einfach alle Gedanken zu, die in Dir aufsteigen, und wende Dich ihnen bewußt zu. Heiße sie gleichsam willkommen wie gute Bekannte oder Freunde.

Und wende dann Deine Aufmerksamkeit den Geräuschen zu. Richte Deine ganze Aufmerksamkeit einmal nur auf die Geräusche, die Du hörst. Nimm alles ganz genau wahr.

Gehe vielleicht in Gedanken Deinen Körper durch, beginnend mit den Füßen und Beinen und aufsteigend bis zu dem Oberkörper und den Armen, und nimm ihn einfach wahr, und laß Dir Zeit beim Erleben deines Körpers.

Und nun stelle Dir einmal einen Ort vor, an dem Du Dich wohl fühlst, an dem Du dich am besten entspannen und erholen kannst. Wähle Dir diesen Ort aus Deiner Phantasie oder aus Deiner konkreten Erinnerung.

Achte auf die Besonderheit dieses Ortes, die Geräusche, auf seine Gerüche, die Farben, die Dich da umgeben, und nimm einfach die Bilder an, die gerade in Dir aufsteigen.

Laß einfach alles geschehen, und schau Dich an Deinem Ort der Ruhe und der Kraft um.

Laß seine Einzelheiten, seine Besonderheiten, die Geräusche, die Gerüche, Die Farben immer deutlicher in Dir werden. Genieße die Ruhe und die Kraft, die Du an diesem Ort spürst.

Du mußt jetzt überhaupt nichts leisten. Genieße Deinen Ort der Ruhe und der Kraft so intensiv wie möglich, und laß Dir Zeit dabei.

Nimm von der Ruhe, der Kraft und der Energie Deines Ortes so viel wie möglich in Dich auf. Dies ist Dein Ort der Ruhe und der Kraft, an dem alle Sorgen und Ängste von Dir abfallen, an dem Du neue Lebensenergie und Zuversicht aufnehmen kannst.

Vielleicht wechseln die Bilder, vielleicht steigen andere Vorstellung in Dir auf, andere Vorstellungen von Ruhe, von Kraft, von Geborgenheit. Vielleicht siehst Du Dich an anderen Orten, vielleicht allein, vielleicht mit anderen Menschen zusammen?

Genieße Deinen Ort der Ruhe und der Kraft so intensiv wie möglich, und laß Dir Zeit.

Du weißt, daß Du jederzeit in Deiner Vorstellung an Deinen Ort der ruhe und der Kraft zurückkehren kannst, um neue Ruhe, um neue Energie in Dich aufzunehmen.

Und dann verabschiede Dich von Deinem Ort der Ruhe und der Kraft. Stell Dich allmählich darauf ein, diese Übung zu beenden.

Und nun beende die Übung in folgender Reihenfolge:

Die Augen bleiben zunächst geschlossen, beginne zunächst tief einzuatmen und tief wieder auszuatmen.

Stelle Dir dabei vor, wie Du mit jedem Atemzug Kraft und Energie in Dich aufnimmst – und wie Du beim Ausatmen Kraft und Energie in Deinen Körper fließen läßt.

Nimm soviel Kraft und Energie in Dich auf, wie es Dir möglich ist.

Fange nun an, Deine Finger zu bewegen und kräftig zu Fäusten zu ballen und wieder zu öffnen. Und dabei, bei geschlossenen Augen, kräftig ein- und auszuatmen.

Dann bei geschlossenen Augen die Arme kräftig im Ellenbogen beugen und strecken und auch dabei aus- und einzuatmen. Recken und dehnen und ganz zum Schluß die Augen weit öffnen.

Mach Dir bewußt, in welchem Raum Du Dich befindest, und laß Dir Zeit, in Deiner Gegenwart richtig anzukommen.

Aus: Beitel, E. und Niesel, W. (1994): „Bochumer Gesundheitstraining“