

Evi Schedl / Christoph Nikendei

Johannes C. Ehrental / Thomas Spranz-Fogasy

Vages Sprechen in psychotherapeutischen Diagnosegesprächen

Eine gesprächsanalytische Untersuchung

Empirische Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen (EKiG) Band 6

Verlag für Gesprächsforschung

Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2018
<http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
ISBN 978 - 3 - 936656 - 74 - 9

Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Göttingen 2018

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.
Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtgesetzes ist ohne
Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für
Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und
Verarbeitung in elektronischen Systemen.

„Des kamma niat wissen wemma's niat woißt.“

August Schedl

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	6
2 Zur Datengrundlage	8
2.1 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	8
2.2 Besonderheiten des OPD-Gesprächs	11
2.3 Das Korpus	12
3 Theoretische Überlegungen	14
3.1 Vagheit in Philosophie und Semantik	14
3.2 Vagheit als grundsätzliches Merkmal von Kommunikation	16
3.3 Alternative Zugänge	17
3.3.1 Unschärfeindikatoren	18
3.3.2 Implikaturen	20
3.4 Vagheitsverständnis dieser Arbeit	21
3.5 Vages Sprechen in der Praxis	26
4 Methode: Ethnomethodologie und Gesprächsanalyse	27
4.1 Ethnomethodologie	27
4.2 Konversationsanalyse	28
4.3 Gesprächsanalyse	29
5 Analyse	35
5.1 Formen vagen Sprechens	35
5.1.1 Allgemeine Ausdrücke	35
5.1.2 Unklare Bezüge	40
5.1.3 Allgemeine Ausdrücke und unklare Bezüge als Verletzung von Konversationsmaximen	45
5.2 Funktionen vagen Sprechens	46
5.2.1 Vermeidung unangenehmer Themen	46
5.2.2 Themensetzung	51
5.3 Therapeutenreaktionen	55
5.3.1 Unmittelbares Nachfragen	55
5.3.2 Mittelbares Nachfragen	59
5.3.3 Spezifikationsangebot	64
5.4 Problemfälle	67
5.4.1 Beachtung der Konversationsmaxime der Quantität	67
5.4.2 Fehlende Therapeutenreaktion	70

5.4.3 Uneindeutiges Interaktionsgeschehen	75
5.5 Verwandte Formen	78
5.5.1 Teilresponsivität	78
5.5.2 Relevanzhochstufung durch Rückstufung	82
6 Implikationen für die therapeutische Arbeit	87
6.1 Vages Sprechen und Allianz	87
6.2 Relevanzen für die Systemebene	96
7 Zusammenfassung und Ausblick	99
Appendix 1: Transkriptionskonventionen	101
Literaturverzeichnis	102

1 Einleitung

Wir alle kennen Situationen in Gesprächen, in denen unser Gegenüber etwas ‚irgendwie schwammig‘ ausdrückt oder ‚um den heißen Brei‘ redet. Wir sprechen in solchen Fällen davon, dass dieses Gegenüber etwas ‚vage‘ formuliert. Was aber ist es genau, was in solchen Äußerungen passiert? Was genau erzeugt diesen Eindruck von Vagheit? Wie lassen sich solche Äußerungen linguistisch fassen und beschreiben? Diesen Ausgangsfragen gehen wir in der vorliegenden Arbeit nach.

In der bisherigen linguistischen Forschung wurde bereits vieles über Vagheit geschrieben, aber kaum etwas, das unser alltagssprachliches Verständnis von Vagheit genauer fasst. Die entsprechenden Arbeiten betrachten Vagheit aus einer philosophisch-semantischen Perspektive; wir möchten demgegenüber eine pragmatische Perspektive einnehmen. Vagheit im alltagssprachlichen Sinne ist ja etwas, das wir als Sprachhandelnde herstellen. Um Vagheit so zu beschreiben, wie sie in unserer Alltagssprache auftaucht, scheint uns der Rückgriff auf gesprächsanalytische Methoden geboten. Unser Gegenstand sind also tatsächliche Gespräche, wie sie ‚in der Realität‘ stattgefunden haben, nicht zu Forschungszwecken geführte Interviews.

Wir sind an diese Gespräche zunächst mit einem vorwissenschaftlichen Verständnis herangegangen, um das zu untersuchen, was uns in unseren eigenen Gesprächen als ‚vage‘ begegnet und was uns in den Daten über die ein oder andere Stelle stolpern ließ. Der anfängliche Zugang war zunächst der, dass vages Sprechen all das umfasst, wovon gilt: „Das kann man nicht wissen, wenn man es nicht weiß.“ Vage Äußerungen enthalten also immer ein Ungesagtes, das das Gegenüber nicht aus seinem Kontext- oder Weltwissen ergänzen kann. Durch Vagheit entstehen semantische Lücken, die sich nur durch zusätzliche Information füllen lassen. Dieses vorwissenschaftliche Verständnis galt es im nächsten Schritt durch die Analyse und die Arbeit mit dem Datenmaterial zu schärfen und in eine Definition zu überführen, die wir dann wieder auf die Daten anlegen konnten.

Konkret handelt es sich bei den untersuchten Gesprächen um psychotherapeutische Diagnosegespräche. Diese Gespräche wurden im Rahmen einer Kooperation von Psychotherapeuten und Sprachwissenschaftlern aufgezeichnet, um ein vertieftes Verständnis des psychodynamischen Diagnostikprozesses zu ermöglichen. Dieser spezielle Kontext macht die Frage interessant, welche Funktionen vages Sprechen in diesen konkreten Settings für die Patienten erfüllt und welche Möglichkeiten die Therapeuten haben oder nutzen, darauf zu reagieren. Außerdem möchten wir am Ende der Arbeit wenigstens kurz der Frage nachgehen, welche Implikationen die Ergebnisse unserer Analyse vagen Sprechens von Patienten für die therapeutische Arbeit haben könnten. Könnten sich beispielsweise Verbindungen zwischen vagem

Sprechen und bestimmten Krankheitsbildern herstellen lassen, so ließe sich vages Sprechen diagnostisch nutzen. Wir hoffen also, auch der psychologischen Forschung Anstöße geben zu können.

Linguistisch gesehen gehen wir der Frage nach, was vages Sprechen sprachlich auszeichnet bzw. wie es sprachlich realisiert wird. Dabei sind wir wie nebenbei auch auf andere, ähnliche Phänomene gestoßen, die zwar unserer eigentlichen Definition nicht entsprechen, aber einen ähnlichen Eindruck erzeugen wie vages Sprechen oder die gleichen Funktionen erfüllen. Auch diese sprachlichen Phänomene werden wir zu beschreiben versuchen. Daneben geht es uns aber – ganz im Sinne der Gesprächsanalyse – immer auch um die Frage, welche Konsequenzen diese Phänomene für die Interaktion haben.

In den folgenden Kapiteln gehen wir zunächst auf die Voraussetzungen der Arbeit ein und stellen die Datengrundlage vor, besprechen kurz die bisherige Theorie zum Thema Vagheit und fassen unsere methodologischen und theoretischen Vorannahmen zusammen. Im Anschluss folgt die Analyse, die sich in fünf große Blöcke gliedert. Das sechste Kapitel geht auf mögliche therapeutische Implikationen ein, bevor am Ende der Arbeit die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst und kritisch reflektiert werden.

Noch einige Worte zur Notation: Doppelte Anführungszeichen haben wir für Zitate aus der Forschungsliteratur reserviert. Als Distanzierungsmarker für eigene Worte benutzen wir einfache Anführungszeichen, Ausdrücke aus den Transkripten sowie sonstige objektsprachliche Ausdrücke werden innerhalb des Fließtextes kursiv wiedergegeben.

2 Zur Datengrundlage

Die vorliegende Arbeit beruht auf der Analyse von elf psychotherapeutischen Diagnosegesprächen, die im Rahmen eines Forschungsprojekts zur Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) geführt wurden. Für die Analyse ist einerseits wichtig zu wissen, was sich hinter der OPD verbirgt und einige ihrer grundlegenden Konzepte zu verstehen, wir werden auf beides also in den folgenden Abschnitten kurz eingehen. Darüber hinaus werden wir die Besonderheit des bearbeiteten Gesprächstyps herausstellen, um die Analyseergebnisse angemessen zu kontextualisieren.

2.1 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Dieser Arbeit liegt die Analyse von psychotherapeutischen Diagnosegesprächen zugrunde. Konkret handelt es sich um Gespräche, die nach dem OPD-2-Manual geführt wurden, das der psychodynamischen Diagnostik von Konflikten, der Persönlichkeitsstruktur und maladaptiven Beziehungsmustern dient und damit die psychotherapeutische Arbeit vorbereitet. Insofern scheint es uns angebracht, die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik in wenigen Absätzen zu erläutern.

Hinter der OPD verbirgt sich ein Arbeitskreis, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, die symptomatologisch-deskriptive ICD-Klassifikation psychischer Störungen durch andere, insbesondere interpersonelle und psychodynamische Konzepte zu ergänzen.

Den Klassifikationen psychodynamischer Diagnostik liegen meist psychologische und metapsychologische Konstrukte der psychoanalytischen Theorie zugrunde. Diese Theorien und Konstrukte wurden dabei häufig als zu abstrakt, zu uneinheitlich und empirisch nicht validierbar kritisiert. Damit wurden sie in der klinischen Praxis, aber noch mehr für die Wissenschaft und den kollegialen Austausch zunehmend schwerer operationalisierbar. Umgekehrt gilt für deskriptive Klassifikationssysteme (wie z. B. DSM-III, ICD-10), dass sie für die Arbeit von psychodynamisch orientierten Therapeutinnen und Therapeuten als alleinige Diagnosemanuale wenig hilfreich sind, da sie unter anderem biographische Ätiologiemodelle vernachlässigen, wenig theoriegeleitet sind und letztendlich auch wenig Handlungsanweisungen für die klinische Praxis bieten können (OPD-2: 31f.). Ziel des Arbeitskreises OPD war es nun, (1) zwischen den beiden Traditionen zu vermitteln und damit klinisch-diagnostische Leitlinien für die psychodynamisch-psychotherapeutische Praxis zu finden, die gleichzeitig Spielraum für individuelle Beurteilungen lassen; (2) die Ausbildung zu verbessern, indem zugleich psychodynamische wie phänomenologische Klassifikationen eingeübt werden; (3) psychodynamische Konzepte einheitlicher zu benennen und damit die Kommunikation über sie zu erleichtern; (4) ein Forschungsinstrument für die

Psychodynamik zu entwickeln, mit dem „z. B. über striktere diagnostische Kriterien zu einer stärkeren Stichprobenhomogenisierung in Studien“ beigetragen werden kann; (5) schließlich ein Instrument zu schaffen, mit dem sich psychodynamische Therapien besser planen lassen (OPD-2: 34). Diese Ziele sollten durch die Entwicklung der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik erreicht werden. Ergebnis dieser Bemühungen war ein Diagnose-Manual, das Therapeuten, Ausbildern und Wissenschaftlern gleichermaßen an die Hand gegeben werden kann. Bei der OPD-2 handelt es sich um die Überarbeitung und Weiterentwicklung der OPD-1, welche bereits 1996 erstmalig publiziert wurde.

Die OPD fußt auf fünf Achsen, die während des diagnostischen Gespräches abgefragt werden, um eine Diagnose zu erstellen:

- Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Hier geht es primär um die Beschwerdesymptomatik der Patienten und ihre Therapieerwartung. Leitfragen sind u. a., welchen Leidensdruck ein Patient hat, ob er sich für die geplante Psychotherapieform motivieren lässt und über welche persönlichen und sozialen Ressourcen er verfügt. (OPD-2: 61)

- Achse II: Beziehung

Auf der Beziehung Achse soll eruiert werden, welche (vor allem dysfunktionalen) Beziehungsmuster einem Patienten ‚passieren‘. Dabei greift der Therapeut zum einen auf Erzählungen der Patienten über „Beziehungsepisoden mit wichtigen Anderen“ (OPD-2: 83) zurück, die ihm Informationen über „das vom Patienten selbst wahrgenommene problematische Beziehungsverhalten“ (OPD-2: 82) liefern. Zum anderen werden auch solche Beziehungsaspekte diagnostisch relevant, die andere (also auch der Therapeut) mit dem Patienten erleben. Während der Patient seine eigenen Beziehungsmuster auf die Begegnung mit dem Therapeuten überträgt, kann dieser seine eigenen Reaktionen und Gefühle gegenüber dem Patienten auf andere „übertragen“, die in Beziehung zum Patienten stehen, was in psychodynamischen Konzepten üblicherweise als Gegenübertragung bezeichnet wird. Auf diese Weise lässt sich ein umfassendes Bild des Beziehungsverhaltens eines Patienten zeichnen und problematisches Verhalten analysieren.

- Achse III: Konflikt

Konflikt – als „ein Stück klassischer psychoanalytischer Diagnostik“ (OPD-2: 35) – meint innere, unbewusste Konflikte, die durch den Zusammenstoß gegensätzlicher Motivationen entstehen (OPD-2: 96). Es geht um lebensgeschichtlich bedeutsame Themen und den Versuch, die Vulnerabilität durch unterschiedliche

Regulationsstrategien zu bewältigen zu versuchen (vgl. Ehrenthal 2017). Solche intrapsychischen, verinnerlichten Konflikte kommen in Auslösesituationen, in denen der psychische Apparat überfordert wird und die kompensatorischen Bewältigungsmuster zusammenbrechen, zum Tragen und werden symptomatisch. Ihre Behandlung kann als Ziel einer psychotherapeutischen Behandlung festgelegt werden (OPD-2: 35).

- Achse IV: Struktur

Mit Struktur ist in der Tradition der OPD das psychische Handwerkszeug im Sinne von basalen Fähigkeiten des betreffenden Menschen gemeint, die benötigt werden, um relativ stabil und realitätsgerecht mit sich und anderen in einen befriedigenden Austausch zu treten. Dabei geht es um Bereiche der Wahrnehmung, der Regulation, des emotionalen Kontaktes und der Bindungsfähigkeit, jeweils in Bezug auf sich und die wichtigen Anderen (vgl. Ehrenthal 2014). Leitende Fragen können sein: Wie gut kann ein Patient sich selbst reflektieren, wie realistisch ist sein Bild von anderen? Kann er eigene Affekte regulieren und Beziehungen zu anderen steuern? Gelingt ihm die Kommunikation mit sich selbst, gelingt sie mit anderen? Wie gut kann sich jemand an andere binden und auch von ihnen lösen? Strukturelle Fähigkeiten bilden sich üblicherweise in der Kindheit aus und sind vergleichsweise zeitstabil; sie manifestieren sich im interaktionellen Handeln und lassen sich so – neben den inhaltlichen Informationen – während des diagnostischen Interviews erleben. (OPD-2: 113–118; vgl. außerdem Ehrenthal/Grande 2014) Die Strukturachse der OPD ist empirisch besonders gut untersucht und zeichnet sich durch gute psychometrische Eigenschaften und zudem eine hohe inhaltliche Relevanz für die Behandlungsplanung aus (vgl. Zimmermann et al. 2012).

- Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen

Diese Achse greift die symptomatologisch-deskriptiven Kategorien der klassischen diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM-IV auf, so dass psychopathologische Phänomene genau erfasst und mit der psychodynamischen Diagnostik in Verbindung gebracht werden können.

Die beschriebenen Achsen interagieren in vielfältiger Weise miteinander und überschneiden sich an manchen Stellen; diese Interdependenzen werden von der OPD-2 eigens beschrieben und berücksichtigt. An dieser Stelle soll lediglich deutlich werden, dass es sich bei der OPD um eine multiaxiale Diagnostik handelt, die sowohl psychoanalytische Konzepte als auch deskriptive Verfahren aufgreift und zu kombinieren versucht. Aus diesen beiden Aspekten – verschiedene interdependente

Achsen einerseits und die Kombination aus psychoanalytischen und deskriptiven Verfahren andererseits – ergeben sich bestimmte Besonderheiten des OPD-Interviews, die für unsere Daten relevant sind und die wir im Folgenden beschreiben möchten.

2.2 Besonderheiten des OPD-Gesprächs

Entsprechend dem vom Arbeitskreis OPD formulierten Ziel, symptomatologisch-deskriptive und psychodynamische Verfahren zu kombinieren, wurde das OPD-Interview konzipiert als Mischform zwischen explorativen, d. h. strukturiert abfragenden Interviewformen und dem klassischen psychoanalytischen Erstgespräch, das möglichst viel Raum für die Entfaltung der „Szene“ (vgl. Argelander ????) zwischen Patient und Therapeut und damit zur Entstehung einer Übertragungsbeziehung geben will. Das OPD-Gespräch verlangt vom Therapeuten zunächst eine psychoanalytische Grundhaltung, die die Entstehung einer Übertragungsbeziehung zulässt; der Grundtenor des Gesprächs ist also am psychoanalytischen Erstgespräch orientiert. Solche weitgehend unstrukturierten Phasen sollen dann aber zyklisch von stärker explorativen Phasen unterbrochen werden, in denen mehr gerichtete Fragen gestellt oder biographische Daten abgefragt werden. Damit ergibt sich ein Wechselspiel aus strukturierten, semistrukturierten und unstrukturierten Phasen, die je nach diagnostischer Ebene (OPD-Achse) zum Einsatz kommen (OPD-2: 281–288).

Das Interview selbst gliedert sich in fünf Gesprächsphasen, die jeweils offen und unstrukturiert beginnen sollen, im weiteren Verlauf aber immer weiter durch den Therapeuten strukturiert und durch explorative Fragen ergänzt werden können. Die fünf Phasen orientieren sich grob an den fünf OPD-Achsen.

In der Eröffnungsphase wird das Gesprächsziel geklärt und der zeitliche Rahmen des Gesprächs abgesteckt. In dieser Phase sind Patienten aufgefordert, ihre Beschwerden zu schildern und es kann geklärt werden, wie sich ihre psychosoziale Situation derzeit darstellt (z. B. hinsichtlich der Partnerbeziehung oder der Arbeitsfähigkeit). Wichtig ist auch, mögliche Faktoren herauszufinden, durch die die Beschwerden ausgelöst wurden. In der zweiten Phase sollen Beziehungsmuster ermittelt werden, indem die Patienten von ihren Beziehungen erzählen und so Beispiele für typische Beziehungsepisoden geben; gleichzeitig kann der Therapeut hier bereits auf das aktuelle Übertragung-Gegenübertragungsgeschehen zurückgreifen. In der dritten Phase geht es darum, das Selbsterleben der Patienten zu ermitteln und damit zu klären, ob sie sich selbst ausreichend schildern sowie von anderen abgrenzen können. In Verbindung damit steht die vierte Phase, in der das Objekterleben des Patienten ermittelt werden soll; der Patient ist hier aufgefordert, andere zu beschreiben. In der fünften Phase schließlich soll exploriert werden, inwiefern der

Patient in der Lage scheint, an bestimmten Problematiken zu arbeiten, ob er also zur Therapie ausreichend befähigt und motiviert ist. Auch das weitere Vorgehen kann hier geklärt werden. (OPD-2: 293–302)

Das OPD-Gespräch zeichnet sich damit insgesamt durch einen Wechsel zwischen offener, unstrukturierter Gesprächsführung und strukturierenden Fragen aus. Die Patienten sollen viel Raum für eigene Erzählungen bekommen; gleichzeitig gibt es immer wieder Phasen, in denen die Therapeuten konkrete Nachfragen stellen und damit die Richtung des Gespräches vorgeben. Diese Grundstruktur nimmt in den konkreten Daten sehr unterschiedliche Ausprägungen an. Es erscheint uns aber wichtig anzumerken, dass die Therapeuten aufgrund des Zieles der OPD-Diagnostik auch dann eine entsprechende Agenda verfolgen, wenn überwiegend die Patienten sprechen und die Therapeuten wenig intervenieren. Wo immer Interventionen auftreten, ist sowieso davon auszugehen, dass sie durch die zugrundeliegende Struktur des OPD-Gesprächs motiviert sind.

Neben diesen strukturellen Vorgaben, die sich dann auch in den konkreten Gesprächen niederschlagen, besteht in Gesprächen zwischen Therapeut und Patient eine Besonderheit hinsichtlich der Hierarchie. Ähnlich wie in der Arzt-Patienten-Kommunikation besteht zwischen den beiden Parteien eine Asymmetrie hinsichtlich der Beteiligungsrechte und -pflichten. Durch ihr Fachwissen und ihre institutionelle Funktion können (und müssen) die Therapeuten die Fragen stellen und das Gespräch ganz allgemein leiten. (Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 83f.)

In eher somatisch orientierten Arzt-Patienten-Gesprächen ist darüber hinaus häufig stark bemerkbar (wenn auch nicht transparent im Sinne von offen ausgesprochen), dass die Ärzte eine (innere) Checkliste bearbeiten und ihre eigene Agenda verfolgen. OPD-Gespräche erinnern dagegen durch den Wechsel aus offenem Erzählen und explorativem Fragen stärker an „normale“ Gespräche, die wir aus unserem Alltag kennen. Für die Patienten ist nicht immer erkennbar, dass sich auch die Therapeuten während des Gesprächs an einem Leitfaden orientieren bzw. einen gleichsam verinnerlichten Katalog an Fragen bearbeiten. Umso mehr gilt es die Hintergrundfolie der OPD, auf deren Grundlage die Therapeuten das Gespräch führen, bei der Analyse zu berücksichtigen.

2.3 Das Korpus

Das Korpus, das dieser Arbeit zugrunde liegt, besteht aus elf OPD-Gesprächen, die an der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik zu Forschungszwecken geführt wurden. Die Gespräche werden innerhalb eines Forschungsprojektes am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim linguistisch aufbereitet

und bearbeitet. Die Gespräche wurden zwischen 2008 und 2011 aufgezeichnet und dauern zwischen 56 und 96 Minuten.

Gesprächsbeteiligte sind in allen Gesprächen ein Therapeut und ein/e Patient/in. Die Patienten wurden allesamt als depressiv diagnostiziert; es handelt sich um vier Männer zwischen ca. 20 und 40 Jahren und sieben Frauen zwischen 20 und 55 Jahren. Alle Patienten leiden neben ihrer Depression auch unter somatischen Beschwerden und nahmen zur Behandlung der depressiven Störung eine stationäre oder teilstationäre Behandlung auf einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Station in Anspruch.

Die drei (männlichen) Therapeuten, die die Gespräche führen, verfügen über unterschiedlich viel Erfahrung mit dem OPD-Leitfaden. Alle drei Therapeuten waren an der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg beschäftigt.

In den Transkriptbeispielen wurden den Therapeuten und Patienten jeweils individuelle Decknamen zugewiesen, so dass sich – für weitere Analysen – die jeweiligen Stellen leicht dem entsprechenden Datensatz zuordnen lassen. Eine tabellarische Übersicht findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Das Material liegt als Audio- und in zehn Fällen auch als Videodatei vor; zum überwiegenden Teil lagen die Gespräche noch nicht als Transkripte vor, so dass für die Analyse einzelne Gesprächsausschnitte transkribiert wurden. Die Transkripte wurden mit FOLKER, einem am IDS Mannheim entwickelten Editor erstellt, der Transkriptionen in unterschiedlichen Feinheitstufen nach GAT2 ermöglicht.¹ Die Transkripte liegen zum größten Teil als erweiterte Minimaltranskripte vor. Eine Übersicht über die Notationskonventionen in den Transkripten findet sich im Anhang dieser Arbeit.

Zu diesem Korpus gehören darüber hinaus zwei Recall-Gespräche zu einem der OPD-Interviews. Die Gespräche wurden von Thomas Spranz-Fogasy geführt, der den sprachwissenschaftlichen Teil des OPD-Projektes vertritt. In einem der beiden Gespräche reflektiert der beteiligte Therapeut sein eigenes Interview, im anderen betrachtet ein am OPD-Projekt beteiligter Psychotherapeut, der aber an keinem der aufgezeichneten Interviews beteiligt ist, das Gespräch sozusagen von außen. Diese Gespräche wurden als Interpretationshilfe genutzt. Wo dies der Fall ist, wird mit einer Fußnote auf die entsprechenden Gespräche verwiesen.

¹ Nähere Informationen zum Programm und Links zum Download finden sich unter <http://agd.ids-mannheim.de/folker.shtml>.

3 Theoretische Überlegungen

In den folgenden Abschnitten möchten wir zunächst die bisherige Forschung zum Thema Vagheit kurz umreißen, um deutlich machen zu können, worum es gerade nicht geht bzw. warum dieser Begriff so, wie er in der Linguistik definiert ist, für die vorliegende Fragestellung nicht greift. Neben einem Abgrenzungsversuch geht es aber natürlich auch darum, einen geeigneten theoretischen Rahmen zu finden, in den unsere Untersuchung eingeordnet werden und zu dem sie vielleicht auch etwas beitragen kann.

3.1 Vagheit in Philosophie und Semantik

Mit dem Thema Vagheit hat sich in der Vergangenheit zum einen die Sprachphilosophie beschäftigt, zum anderen aber auch die linguistische Semantik. Was meinen diese Disziplinen, wenn sie von Vagheit sprechen?

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Vagheit ist seit jeher vom aristotelischen Denken geprägt. Aristoteles ging davon aus, dass die Kategorien, die wir bilden, scharfe Grenzen haben (Aarts et al. 2003: 1). Darauf aufbauend kreisten die vagheitstheoretischen Diskussionen in Philosophie und Semantik letztlich stets um die Frage der Grenzscharfe oder -unschärfe von Kategorien.

Philosophen und Sprachwissenschaftler entwickelten unterschiedliche Antworten auf diese Fragen: So argumentierte Bertrand Russell, dass Sprache – von Russell verstanden als Repräsentation von Objekten – per se vage sei, da es niemals eine vollkommene Übereinstimmung zwischen einem Objekt und seiner Repräsentation geben kann (Aarts et al. 2003: 2). Damit wird bereits klar, womit sich solche Untersuchungen konkret befassen: mit der Semantik von Lexemen, Syntagmen, Texten, Prädikaten.

Auch Labov beschäftigte sich mit Vagheit im Zusammenhang mit Wortbedeutungen. In einem Experiment ließ er verschiedene Gegenstände, die einer Tasse ähneln (aber ggf. auch als Schüssel oder Vase fungieren könnten), klassifizieren und benennen. Dabei änderte sich Klassifikation und Benennung je nach der Funktion, die den Objekten vom Versuchsleiter zugeschrieben wurde. Labov folgerte daraus, dass Wortbedeutungen weder beliebig noch völlig diskret sein müssen; sie verfügen über einen festen Kern ebenso wie über Grenzen, die sich je nach Kontext verschieben lassen (Aarts et al. 2003: 5). Über die Jahre setzte sich mehr und mehr der Gedanke durch, dass in der Sprache vieles eine Sache des Grades ist: So versteht die Kognitive Grammatik Syntax, Morphologie und Lexikon als Kontinuum: „all three are symbolic in nature, and serve to symbolize semantic structure“ (Aarts et al. 2003: 8).

Wie also lässt sich vor diesem Hintergrund Vagheit fassen? Rosanna Keefe nennt eine Reihe von Kriterien, die Ausdrücke bzw. Prädikate als vage definieren: „they admit borderline cases, they lack [...] sharp boundaries and they are susceptible to sorites paradox“ (Keefe 2000: 6). Vage Ausdrücke lassen also erstens Grenzfälle zu, d. h. man kann in diesen Fällen nicht ganz sicher sein, ob eine Eigenschaft zutrifft oder nicht. Keefe nennt als Beispiele die Ausdrücke „groß“ und „rot“: In manchen Fällen weiß man nicht genau, ob jemand als groß zu bezeichnen ist oder ob eine Farbe noch rot oder bereits orange ist. Dabei scheint die Grenze nicht so sehr epistemischer Natur zu sein als vielmehr grundsätzlich schwer zu determinieren. Damit lässt sich bereits das zweite Kriterium festhalten: Vage Ausdrücke verfügen über keine festen Grenzen. Hier lässt sich an Labovs Tassen-Experiment erinnern: Offenbar gibt es keine definierte Grenze dafür, wann ein Gefäß noch als Tasse gilt oder schon nicht mehr; im Gegenteil lässt sich diese Grenze je nach Kontext verschieben. Das dritte Kriterium geht in eine ganz ähnliche Richtung: Die Sorites-Paradoxie (auch: Paradoxie des Haufens) beschreibt das Problem, zu definieren, ab wie vielen Sandkörnern man von einem Haufen sprechen kann. Drei zusammengelegte Sandkörner gelten wahrscheinlich noch nicht als Haufen, 3000 dagegen vielleicht schon; die Krux ist aber, dasjenige Sandkorn zu bestimmen, das aus den zusammengelegten Sandkörnern einen Haufen macht. Angewandt auf die Frage, ob jemand groß ist oder nicht, lässt sich sagen, dass es nicht möglich ist, den Hundertsel-Zentimeter zu bestimmen, den es braucht, damit jemand als groß bezeichnet werden kann (Keefe 2003: 7).

Keefe nimmt in ihren Ausführungen außerdem eine Negativbestimmung von Vagheit vor, die für unsere Arbeit als hilfreich erachtet werden kann, weil in dieser Negativbestimmung einige Aspekte genannt werden, die für unsere Daten durchaus einschlägig sind. So spricht Keefe dann nicht von einem vagen Ausdruck, wenn er lediglich unterspezifiziert, also „less than adequately informative for the purposes in hand“ ist (Keefe 2003: 10). Gerade dieses Merkmal erfüllen aber wahrscheinlich die meisten Prädikationen, die umgangssprachlich als vage bezeichnet werden. Solche unterspezifizierten, zu wenig informativen Äußerungen spielen deshalb auch für unsere Untersuchung eine Rolle.

Auch kontextabhängige Bedeutungen zählen nicht zu dem, was Keefe unter das Label „Vagheit“ subsumiert, auch wenn viele vage Ausdrücke gleichzeitig kontextsensitiv sind. Dabei lässt sich festhalten, dass Kontextsensitivität, also die Verschiebung oder Fixierung von Bedeutung in Abhängigkeit von einem gegebenen Kontext, als konstitutives Merkmal von Sprache gelten kann; wir werden darauf später noch zu sprechen kommen.

Drittens grenzt Keefe den Begriff „Vagheit“ von „Ambiguität“ ab. Ein ambiger

Ausdruck lässt die Wahl zwischen zwei möglichen Bedeutungen; hier ist also eine Fixierung der Bedeutung notwendig. Auch in der Semantik wird hier unterschieden, meistens im Zusammenhang mit homonymen oder polysemen Ausdrücken wie *Schloss* oder *Bank*. Die Unterscheidung von Vagheit und Ambiguität lässt sich dabei grob so umreißen: „Vage Ausdrücke haben ein unbestimmtes Denotat; ambige Ausdrücke besitzen mehrere alternative Denotate“ (Pinkal 1991: 264).

Für all diese Überlegungen zum Phänomen der Vagheit gilt gleichermaßen, dass sie einen theoretisch-philosophischen Zugang wählen. Es geht nicht so sehr darum, zu verstehen, warum bestimmte Aussagen in konkreten Situationen von Sprachverwendern als vage verstanden werden, sondern um eine Theorie der Kategorienbildung. Diese Theorie wird dabei im Wesentlichen an Wortbedeutungen festgemacht; sprachlicher Gegenstand dieser Untersuchungen und Überlegungen ist also in aller Regel ein isoliertes Wort oder ein kontextloser Satz. Im Folgenden möchten wir deshalb noch einige pragmatisch orientierte Überlegungen zum Thema Vagheit anschließen.

3.2 Vagheit als grundsätzliches Merkmal von Kommunikation

In der Pragmatik rückt anstatt einzelner Wort- oder Satzbedeutungen die gesamte Äußerungssituation in ihrem Handlungskontext in den Fokus. Hier wird davon ausgegangen, dass alles Sprechen grundsätzlich vage und unscharf ist und sein muss. Sprachliche Interaktion beruht nach diesem Verständnis auf einer „generellen ‚Unvollständigkeitsannahme‘“ (Müller 1980: 291), d. h. die Interaktionspartner gehen davon aus, dass ihre eigenen Äußerungen sowie die Äußerungen anderer nicht bis ins (semantische) Detail ausformuliert sind, sondern dass sie selbst aus ihrem Welt- und Handlungswissen etc. fehlende Informationen ergänzen müssen. Dabei beruht „kommunikatives Alltagshandeln weitgehend auf der wechselseitigen Unterstellung unausgesprochenen Alltagswissens [sic] [...], dessen vollständige Verbalisierung geradezu unmöglich ist“. Zum einen kann Sprache – als Repräsentationsmedium, das notwendigerweise auf Abstraktionen beruht – nicht absolut diskret sein, zum anderen soll sie es auch nicht sein. Damit unsere Sprache universell verwendbar ist, muss sie an jeden aktuellen Sprachhandlungskontext anpassbar sein. Insofern ist eine absolut diskrete Festlegung sprachlicher Einheiten auf konkrete Bedeutungen weder möglich noch wünschenswert, da sonst ihr flexibler Einsatz in unterschiedlichen Interaktionssituationen nicht mehr möglich wäre (Müller 1984: 21). Dieser Gedanke ist nicht völlig neu: „Unter dem Gesichtspunkt der Funktion [...] der Alltagssprache ist zudem spätestens seit Wittgenstein der Gedanke nachweisbar, daß das Ziehen von ‚Grenzen‘ die Praktikabilität der Alltagssprache nicht erhöht. Er

kommt sogar zu dem expliziten Ergebnis, daß [sic] unscharfe Vorstellungen in der Alltagssprache gerade dasjenige sind, was gebraucht wird“ (Müller 1980: 290; Hervorh. i. Orig.). Nur wo Bedeutungsspielräume bestehen, können sie kontextabhängig gefüllt werden. Wir könnten unser Sprechen nicht jeder Interaktionssituation anpassen, wenn der Sprache diese „Freiräume“ (Müller 1980: 291) fehlten.

Vagheit wird auch als eine Ausprägung des „recipient design“, also des Prinzips der Adressatenorientierung verstanden, da die Sprecher stets versuchen, nicht mehr Information zu verbalisieren als notwendig. Damit rückt das Phänomen sprachlicher Vagheit zugleich nahe an die Grice'schen Konversationsmaximen heran. Bei der Orientierung an diesen Maximen stehen Sprecher u. a. vor der Herausforderung, ihre Beiträge so informativ wie nötig und gleichzeitig nicht informativer als nötig zu gestalten: Sie müssen also die Gratwanderung zwischen Unter- und Überspezifizierung meistern (Müller 1984: 169). Vagheit resultiert dann aus dem Bemühen, alles, was die Sprecher aus ihrem Situations-, Kontext- und Handlungswissen etc. selbst erschließen können, implizit zu lassen (Müller 1980: 291).

Vagheit wird damit zu einem notwendigen und konstitutiven Merkmal jeder Kommunikation: Sie ist gleichzeitig allgegenwärtig, unvermeidlich und funktional. Sie dient dazu, Sprache flexibel an verschiedene Kontexte anzupassen und ermöglicht es uns, ökonomisch zu kommunizieren. Sprache muss letztlich immer auch vage sein, weil es unmöglich ist, alles sozusagen ‚auszubuchstabieren‘.

Wenn aber Vagheit und Unvollständigkeit Kommunikation grundsätzlich auszeichnen, wie lassen sich dann Phänomene fassen, die wir in konkreten Gesprächen als (allgemeinsprachlich bezeichnet) Vagheit beobachten? Wie kommt es, dass die meisten Fälle von „Unvollständigkeit“, wie Müller schreibt, oder von uneindeutiger Kategorisierung gar nicht bemerkt werden bzw. was muss eintreten, damit dies doch der Fall ist? Bevor wir diesen Fragen nachgehen, möchten wir noch zwei Zugänge zum Thema referieren, die zwar nicht terminologisch, aber doch in der Sache mit der vorliegenden Fragestellung in Zusammenhang stehen.

3.3 Alternative Zugänge

Auf der Suche nach Forschung zum Thema Vagheit stößt man noch auf zwei weitere Bereiche linguistischer Kategorisierung bzw. Theorie, die ähnliche Phänomene betreffen und deshalb zur Beschreibung der vorliegenden Daten hilfreich sein können.

3.3.1 Unschärfeindikatoren

Ein sprachliches Phänomen, das häufig im pragmatischen Bereich im Zusammenhang mit Vagheit genannt wird, sind die sogenannten Heckenausdrücke. Sie wurden erstmals von Lakoff (1973) beschrieben – hier aber aus dem Blickwinkel der semantischen Logik. Demnach nehmen Heckenausdrücke Einfluss auf die Mitgliedschaft eines Ausdrucks zu einer unscharfen Kategorie: Sie können etwas an den Rand einer Kategorie drängen (*Rhabarber ist eigentlich ein Gemüse*), als Musterbeispiel einer Kategorie auszeichnen (*Klaus ist ein wahrer Gourmet*) oder Attribute einer anderen Kategorie übertragen (*Meine Freundin ist ein regelrechter Wachhund*). Weitere Beispiele für Heckenausdrücke sind *irgendwie*, *ziemlich*, *streng genommen*, *überwiegend* oder *wirklich* (Lakoff 1973: 473; Übersetzung d. Verf.). Solche Ausdrücke wurden auch als „Unschärfeindikatoren“ bezeichnet, da sie „dazu dienen, die ‚Verschwommenheit‘ von sprachlichen Ausdrücken zu kennzeichnen“ (Müller 1980: 302). Heckenausdrücke können diese Verschwommenheit erhöhen, also die Vagheit eines Ausdrucks bzw. einer Äußerung explizit herausstellen und markieren.

Müller geht in seiner Analyse ganz grundsätzlich davon aus, dass in Gesprächen drei Dimensionen für die Orientierung der Sprecher und ihr gegenseitiges Verstehen wesentlich sind: die konkrete Situation, der Sprachhandlungskontext sowie verschiedene Wissensrahmen, die während eines Gespräches aufgerufen werden (Müller 1984: 10). Informationen aus diesen drei Bereichen werden während einer Interaktion kontinuierlich miteinander abgeglichen, um Hypothesen und Vorerwartungen über den weiteren Verlauf zu entwickeln. Verstehen beruht nach diesem Verständnis auf zwei verschiedenen Strategien: zum einen auf der Retrospektion, also dem Abgleich alter mit neuer Information, zum anderen der Prospektion, also dem Aufbau semantischer Erwartungen (Müller 1984: 22).

Dieser stete, unablässige Abgleich ist keine leichte Aufgabe für die Sprecher; gleichwohl gibt es einige Mittel, die sie bei der Hypothesenbildung unterstützen. So sind beispielsweise Frames² zu verstehen als konventionalisierte Wissenspakete, die von bestimmten Ausdrücken aufgerufen werden können und so einen semantischen Rahmen bilden, der die Interpretation folgender Ausdrücke erleichtert, da sie in den gegebenen Rahmen eingepasst werden können und müssen. Gleichzeitig können Wörter verschiedenen Frames gleichzeitig angehören; in einer Äußerungssituation müssen die Interaktionsteilnehmer also klären, welche Frames in einer Situation aktuell sind (also von einem der Sprecher eröffnet wurden) und welche Teile davon für die Interaktion relevant werden können (Müller 1984: 47). Was den Sprechern

² Die umfangreiche linguistische Forschung zu Frames und Wissensrahmen kann ich an dieser Stelle nicht diskutieren: Dies würde eine eigenständige Arbeit füllen. Stattdessen referiere ich hier im Wesentlichen den Frame-Begriff Müllers (1984).

hierbei hilft, ist einerseits ihr Erfahrungswissen aus vorhergehenden Interaktionen, zum anderen sprachliche Faktoren, die dazu beitragen, die Interaktion zu steuern (Müller 1984: 49).

Zu diesen sprachlichen Steuerungselementen gehören auch die Unschärfeindikatoren. Sie indizieren, dass an einem bestimmten Punkt nicht alles verbalisiert wurde und der Hörer aufgefordert ist, fehlende Information selbst zu ergänzen. Müller spricht hier von „**explizite[r]** Markierung der Unvollständigkeit“ (Müller 1984: 176; Hervorh. i. Orig.). Die Tatsache, dass die Sprecher an dieser Stelle darauf vertrauen, dass ihre Gesprächspartner zum einen ihrer Anweisung folgen und zum anderen dazu in der Lage sind (also über die fehlende Information verfügen), „macht Äußerungen mit derartigen Indikatoren in besonderer Weise zu Beispielen kooperativer Handlungskonstitution, insofern der Sprecher stärker als sonst seine Verantwortlichkeit reduziert und das Handlungsprodukt als **gemeinsam** zu schaffendes Ziel markiert“ (Müller 1984: 179; Hervorh. i. Orig.). Solche Fälle markierter Vagheit könnten demnach als besonders kooperative Gesprächssituationen gedeutet werden; gleichzeitig dienen sie „wegen ihres Verweises auf die Bewußtheit der Vagheit, Allgemeinheit, Defektivität des eigenen Sprechens [...] der von Goffman herausgestellten ‚Reduktion der Verantwortlichkeit‘ [...]“ (Müller 1984: 128): Der Gesprächsteilnehmer wird in größerem Maße mit in die Pflicht für das Gelingen von Verstehen genommen.

Daneben kommt aber auch noch ein dritter Aspekt ins Spiel: Unschärfeindikatoren können die Erwartung des Unerwarteten wecken, indem sie eine Kategorie aufweichen und damit auf die Nicht-Regularität von etwas verweisen (Müller 1984: 129). Wer von *so etwas wie einer Uni* spricht, macht damit deutlich, dass die aufgerufene Kategorie nicht alle Merkmale einer Universität erfüllt, dass hier also eine Irregularität vorliegt. Ein Sprecher kann so einen Ausdruck als auffällig markieren; gleichzeitig steht seinen Gesprächspartnern die Aufgabe zu, die Art der Irregularität einzuordnen. Wiederum wird der Gesprächspartner für das Verstehen mit in die Pflicht genommen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Heckenausdrücke Äußerungen zu besonders kooperativen und kooperationsbedürftigen Handlungen machen, weil sie einerseits in besonderem Maße das Vertrauen eines Sprechers in die Kooperationsbereitschaft anderer dokumentieren und andererseits diese Kooperationsbereitschaft auch einfordern. Ob und inwiefern sich diese genannten Aspekte in unseren Daten niederschlagen, wird in der Analyse zu zeigen sein.

3.3.2 Implikaturen

Das Konzept der konversationalen Implikatur bietet einen weiteren möglichen Zugang zum Phänomen Vagheit. Paul Grice hat sich mit der Frage der Implikaturen beschäftigt, die auf die Erfassung des Gemeinten abzielt. Demnach unterscheidet Grice zwischen dem, was ein Sprecher mit einer Äußerung sagt, und dem, was er mit ihr impliziert, d. h. was er mit einer Äußerung impliziert, andeutet, nahelegt (Grice 1968: 225). Beides zusammen ergibt das Gemeinte. Wer den Satz äußert *Bayern München wird dieses Jahr wohl mal wieder eher nicht absteigen*, sagt zum einen, dass die Münchner Fußballmannschaft zum wiederholten Male nicht am Ende der Tabelle platziert ist; er impliziert gleichzeitig, was jeder weiß, nämlich dass das Team derzeit das erfolgreichste in der Bundesliga ist. Eine konventionale Implikatur wird dabei durch konventionale Wortbedeutungen hervorgerufen. So impliziert der Satz *Der FC Bayern ist nicht nur sportlich erfolgreich*, dass ein Fußballverein auch anderen Zwecken als nur dem Sport dient. Diese Implikatur wird durch die konventionale Bedeutung des Konnektors *nicht nur* hervorgerufen. Anders verhält es sich mit konversationalen Implikaturen: Sie ergeben sich nicht allein aus der konventionalen Bedeutung einer Aussage, sondern „[verlangen] vom Adressaten außersprachliche Erwägungen“ (Kemmerling 1991: 325). Die Gesprächsteilnehmer müssen auf ihr Kontext- und Weltwissen zurückgreifen, um die Implikatur aufzulösen.

Verstehen funktioniert unter diesen Umständen aber nur unter der Voraussetzung, dass alle Gesprächspartner grundsätzlich kooperativ in einem Gespräch vorgehen. Kommunikation, so Grice, kann nur gelingen, wenn die Gesprächsteilnehmer von dem allgemeinen Prinzip ausgehen, dass alle ihre Gesprächsbeiträge an den akzeptierten Zweck eines aktuellen Gespräches anpassen. Von diesem grundsätzlichen Kooperationsprinzip leiten sich dann vier Konversationsmaximen ab (Kluck 2014: 95f.):

1. Die Maxime der Quantität verlangt, einen Beitrag so informativ wie nötig, und gleichzeitig nicht informativer als nötig zu machen;
2. Die Maxime der Qualität gebietet, die Wahrheit zu sagen;
3. Die Maxime der Relevanz fordert von den Gesprächsteilnehmern, nur für den Gesprächszusammenhang Relevantes beizutragen;
4. Die Maxime der Modalität („Sei klar“) schließlich enthält vier Untermaximen: „Dunkelheit des Ausdrucks“, Mehrdeutigkeit und „unnötige Weitschweifigkeit“ sollen vermieden, eine angemessene Reihenfolge angestrebt werden.

Da alle Gesprächsteilnehmer grundsätzlich davon ausgehen, dass alle sich an diese Maximen halten bzw. halten wollen, werden (scheinbare) Verletzungen dieser Maximen – etwa durch (scheinbar) mangelhafte Explizitheit – ausgeglichen, indem die Gesprächsteilnehmer das Fehlende selbst rekonstruieren bzw. jede Folgeäußerung als relevant für den Gesprächszusammenhang erachten: Wo Aussagen ohne das Implikat gegen eine der Grice'schen Gesprächsmaximen verstoßen würden, wo sie also aufgrund ihrer konventionalen Bedeutung unangemessen wären, ergänzt – in der Theorie – der Hörer das Implikat, weil er davon ausgeht, dass der Sprecher nicht gegen die Gesprächsmaximen verstoßen will. Auf diese Weise kann er den vollen Sinn der Aussage rekonstruieren (Kemmerling 1991: 326).

Dennoch gibt es „zu allgemeine und unspezifische Aussagen“, die beispielsweise die Maxime der Quantität verletzen, also nicht informativ genug sind; solche Aussagen bezeichnet Kluck als generalisiert und grenzt sie von – in ihrem Sinne – vagen Aussagen ab: „Im Gegensatz zur mangelnden Spezifizierung wird bei semantischer Vagheit die erste Maxime also *nicht* [sic] verletzt“ (Kluck 2014: 97). Allerdings kann auch Vagheit im strengen Sinne gegen Konversationsmaximen verstoßen: dann nämlich, wenn „von einem Grenzfall die Rede ist und Sprecher und Hörer das Prädikat nicht in gleicher Weise darauf anwenden“ (Kluck 2014: 99). So entstandene Missverständnisse lassen sich aber in aller Regel durch einfache Reparaturmechanismen wie simples Nachfragen problemlos aus dem Weg räumen und stellen damit normalerweise kein Hindernis für die Kommunikation dar.

3.4 Vagheitsverständnis dieser Arbeit

In den vorangegangenen Überlegungen haben wir dargestellt, welche Zugänge zu Vagheit in der Literatur bisher gewählt wurden. Dabei lässt sich ganz allgemein zunächst feststellen, dass Vagheit in der Linguistik nicht das bedeutet, was wir als Sprecher meinen, wenn wir sagen *Sie hat sich vage ausgedrückt*. Stattdessen wird Vagheit verstanden als eine „der Aussage inhärente Unbestimmtheit“ (Pinkal 1991: 251), die durch das Fehlen scharfer kategorialer Grenzen oder die Möglichkeit von Übergangsphänomenen zwischen Kategorien hervorgerufen wird. Diese Art der Vagheit ist in unserem Sprechen allgegenwärtig und muss es sein, damit unsere Sprache überhaupt in so vielen verschiedenen Kontexten und Situationen ihren kommunikativen Zweck erfüllen kann. In der Forschungsliteratur wird unser alltagssprachliches Verständnis davon, was vage ist, von dem Begriff Vagheit explizit abgegrenzt. Was aber ist unser alltagssprachliches Verständnis von Vagheit?

Vorwissenschaftlich gesprochen bedeutet Vagheit im alltagssprachlichen Sinne eine semantische Unterspezifizierung von Ausdrücken, wenn also – salopp formuliert –

nicht klar ist, was die Sprecher meinen oder worauf sie referieren. Die fehlende Information kann der Hörer im gegebenen Kontext nicht selbst ergänzen. Genau diese Art von – alltagskommunikativ verstandener – Vagheit ist es, die uns in unserer Fragestellung interessiert. Anstatt des Ausdrucks *Vagheit*, der in der Linguistik fest mit dem etablierten Vagheitskonzept in Verbindung steht, wählen wir deshalb die Formulierung „vages Sprechen“. Diese kleine Abänderung soll deutlich machen, dass es bei den zu besprechenden Fällen nicht um Fragen der Kategorisierung geht, die insbesondere von formallogischer bzw. -semantischer Seite diskutiert wurden und die in der Kommunikation in aller Regel keinerlei Schwierigkeiten bereiten (vgl. Kluck 2014). Stattdessen möchten wir uns ganz explizit mit solchen Situationen beschäftigen, in denen Prädikate in auffälliger Weise vage versprachlicht werden.

Um uns diesem vagen Sprechen anzunähern, haben wir versucht, uns mit Heckenausdrücken und Implikaturen auseinanderzusetzen, da beide Konzepte unseres Erachtens mögliche Anknüpfungspunkte für unsere Arbeit liefern. Heckenausdrücke können demnach zum einen Kooperativität andeuten, zum anderen einen Ausdruck als vage (im fachsprachlichen Sinne) markieren und schließlich ein gewisses Maß an Verantwortlichkeit für das Verstehen an die Gesprächspartner abgeben. In der Analyse wird zu zeigen sein, ob Heckenausdrücke in den zu besprechenden Sequenzen überhaupt auftauchen und wenn ja, ob ihre Funktionen den oben genannten entsprechen. Die Implikaturetheorie beschäftigt sich mit allen Gesprächen zugrunde liegenden Gesprächsmaximen. Für unsere Daten relevant sind insbesondere die Maximen der Quantität bzw. der Modalität (Beiträge sollen so informativ wie nötig und klar und deutlich sein). Wo etwas impliziert (also nicht expliziert) wird, lässt sich die fehlende Information aufgrund der Annahme, dass alle Sprecher sich an diese Maximen halten, ohne weiteres vom Hörer rekonstruieren.

In den Voranalysen haben wir versucht, herauszukristallisieren, was die vagen Äußerungen in unserem Untersuchungsmaterial auszeichnet. Die Implikaturetheorie ließ sich auf diese Fälle nicht anwenden, denn dann müsste das Implikat in aller Regel unauffällig ergänzt werden können, ohne dass sich die Gesprächsteilnehmer dessen bewusst sind. Für unsere Daten gilt aber gerade das Gegenteil: Das Implikat erschließt sich nicht allen Gesprächsteilnehmern, die konversationellen Maximen der Quantität bzw. der Modalität werden verletzt. Sprecher machen semantische Angebote, die nicht eingelöst werden; sie sprechen auf eine Weise, die semantische Lücken entstehen lässt. Heckenausdrücke können – wie wir in der Analyse an verschiedenen Stellen zeigen werden – vage Äußerungen rahmen, müssen es aber nicht. Sie tauchen auch an anderer Stelle auf, ohne dass dort vages Sprechen entstände. Das entscheidende Kriterium ist dagegen ein Eindruck des Mangels: Wo vage gesprochen wird, bleiben Dinge in der Schwebe.

Vages Sprechen beschreibt damit letztlich eine semantische Leerstelle im Gespräch; wie aber können wir sicher sein, dass diese Leerstelle auf Seiten der Gesprächspartner entsteht, und nicht lediglich bei uns als Analysierenden? Letztlich muss in diesen Gesprächssituationen ein Moment des Stutzens und Nicht-Verstehens nachweisbar sein, der aufzeigt, dass hier Informationen zumindest teilweise fehlen. Dieses Nicht-Verstehen kann sich in der Kommunikation sowohl verbal als auch nonverbal niederschlagen; auf diesen Hinweis sind wir als Analysierende aber angewiesen, weil andernfalls nicht aufzeigbar ist, dass den Gesprächsbeteiligten – und nicht uns selbst – eine Information fehlt.

So haben wir aus dem Gesprächsmaterial eine Arbeitsdefinition entwickelt, die dann in einem zirkulären Verfahren wieder auf dieses Gesprächsmaterial angewendet wurde. Äußerungen müssen demnach die folgenden drei Punkte erfüllen, um als vages Sprechen zu gelten:

1. Prädikationen bleiben semantisch unterspezifiziert.
2. Diese Unterspezifizierung lässt sich nicht mittels einer Implikatur auflösen.
3. Die Unterspezifizierung behindert das Verstehen im Gespräch.

Bereits an dieser Stelle wird klar, dass semantische Unterspezifizierung keine absolute Größe ist, sondern ganz und gar abhängig vom konkreten Gesprächskontext, also der Frage, wieviel bzw. was die beteiligten Sprecher aktuell wissen oder nicht wissen und wieviel bzw. was sie wissen müssen. Entscheidend für das Entstehen von semantischer Unterspezifizierung ist also einerseits das vorhandene Vorwissen der Gesprächsbeteiligten und andererseits ihr konkreter aktueller Wissensbedarf. Erkennbar wird vages Sprechen aber immer erst durch das dritte genannte Kriterium: Nur indem eine Verstehensbehinderung oder wenigstens ein Moment der Irritation im Gespräch sicht- oder hörbar wird, kann durch die Analysierenden von außen eine semantische Unterspezifizierung festgestellt werden.

Als Beispiel für eine Sequenz, die gerade *kein* vages Sprechen enthält, soll der folgende Abschnitt dienen; im unmittelbaren Vorlauf schildert die Patientin T_{1,2} problematische Arbeitsverhältnisse, während derer sich ihr depressiver Zustand verschlechterte. Der Therapeut T₁ hakt hier ein und fragt nach anderen Situationen, in denen die Patientin Symptome der Depression zeigt:

Datum 1: unterleibsoperation

01 T₁ °h sonst kennen sie solche dinge nicht
02 (0.26)
03 T₁ dass es ihnen so (.) schlecht geht dass sie (.)
nich mehr

04 (0.47)
 05 T₁ aus_m (.) haus kommen sozusagen oder
 06 T₁₂ doch hatte ich auch schon da (.) muss ich aber
 sagen warns
 07 (0.47)
 08 T₁₂ im nachhinein
 09 (0.23)
 10 T₁₂ äh sichtbar eher äh KÖRperliche gründe des war
 nach ner °h unterleibsoperation hat sich mein
 11 (0.23)
 12 T₁₂ °h horMON (.) haushalt h° äh nich so
 13 (0.23)
 14 T₁₂ wieder eingependelt wie es (.) °h SOLlte- un
 (.) dann bin ich also in (.) in sehr sehr starke
 de[pressionen]
 15 T₁ [°hh]
 16 (0.2)
 17 T₁ wie (.) [wie alt] waren sie da
 18 T₁₂ [ab]
 19 T₁₂ °h (.) äh des war vor fünfeinhalb jahren da war
 ich fünfunddreißig
 20 T₁ hm_hm
 21 (1.15)
 22 T₁ °hh (.) und unterleibsoperation also (.) weil
 sie_s jetzt erWÄHnen was (.) was WAR da
 23 (0.36)
 24 T₁₂ °h ähm da: wa:r ein tumor am linken EIERstock
 25 T₁ hm_hm
 26 T₁₂ dermoidzyste
 27 T₁ hm_hm
 28 T₁₂ un:d
 29 (0.3)
 30 T₁₂ äh dieser tumor war halt (.) kiwigro:ß (.) also:
 (.) m (.) sehr [sehr] groß
 31 T₁ [°h]
 32 (0.24)
 33 T₁₂ [und (.) des heißt also] da: is entfernt worden
 °hh (.)
 34 T₁ [is entfernt worden]
 35 T₁₂ und h° ähm: (.) ja eigentlich hätte (.) °h auch
 der rechte eierstock noch genügend produzieren
 müssen an östrogenen um des ganze [°h] so weit am
 laufen zu
 36 T₁ [ja]
 37 T₁₂ lassen aber aus irgend[welchen gründen] hat er_s
 nich
 38 T₁ [hat er nich]

In den darauffolgenden Sequenzen schildert die Patientin die Symptomatik der Depression, die sie damals ereilte, und der Therapeut erfragt, wie die hormonelle Störung behandelt wurde, die durch die Unterleibsoperation entstanden war. Ihm

geht es im Folgenden um die Abklärung somatischer Aspekte der Depression der Patientin; er fragt die Patientin im Anschluss an diesen Ausschnitt auch explizit, ob sie diese Hormonstörung im Verdacht hat, auch heute noch zu ihren depressiven Phasen beizutragen, was von T_{1,2} aber verneint wird.

Der unterspezifizierte Ausdruck *unterleibsoperation* stellt hier deshalb keinen Fall vagen Sprechens dar, weil er keine Verstehensproblematik aufwirft. Stattdessen geht es T₁ darum, somatische Ursachen und Aspekte der psychischen Erkrankung der Patientin abzuklären. Zwar muss er seine Nachfrage legitimieren und an die Äußerung der Patientin rückbinden (*also (.) weil sie_s jetzt erWÄHnen*, Z. 22). Damit macht er aber zugleich deutlich, dass seine Nachfrage nicht durch mangelndes Verständnis motiviert ist, sondern er sich in Reaktion auf ihr eigenes Anschneiden des Themas eine konkretere Nachfrage sozusagen erlaubt. Auch mimisch und prosodisch ist die Stelle unauffällig. Sein Nachfragen stellt damit keine Dokumentation von Nicht-Verstehen dar, sondern muss vielmehr als klassischer Fall ärztlichen und anamnestischen Fragens aufgefasst werden.

Diese Grenze zwischen ärztlichem Fragen und der Dokumentation von Nicht-Verstehen ist häufig fließend und muss in jedem Einzelfall abgeklärt werden; hier ist es fast unerlässlich, auch auf nonverbale Mittel der Kommunikation zu achten und diese als Interpretationshilfe zu nutzen. Vage Ausdrücke in dem hier behandelten Sinne sind niemals per se unterspezifiziert, denn auch die Verbalkonstruktion *da: is entfernt worden* lässt sich weiter spezifizieren. Stattdessen manifestiert sich vages Sprechen immer nur innerhalb einer konkreten Kommunikationssituation und für bestimmte Gesprächsteilnehmer; wechselt man den/die Gesprächsteilnehmer, den Kontext oder die Situation aus, so kann die gleiche Äußerung ihre Vagheit verlieren, eine andere vage werden. Vages Sprechen ist damit sowohl eine genuin kontextabhängige als auch interaktive Kategorie. Insofern gilt für vages Sprechen mehr noch als für andere linguistische Kategorien, dass jeder Einzelfall einer genauen Beschreibung bedarf. Die Gesprächsanalyse ist deshalb für diese Fragestellung ein geeigneter methodischer und theoretischer Rahmen, da sie nicht zuletzt die Interaktivität von Gesprächen in besonderer Weise ernst nimmt.

Für die Analyse werden die folgenden Fragestellungen relevant: Welche sprachlichen und konversationellen Auffälligkeiten kennzeichnen eine Aussage als vage? Wie lässt sich vages Sprechen beschreiben, d. h. existieren verschiedene Kategorien vagen Sprechens? Welche Funktion erfüllt das vage Sprechen in den untersuchten Gesprächen? Wie gehen die Gesprächsteilnehmer mit der Verstehensproblematik um, die durch diese Art von Vagheit entsteht bzw. wie reagieren Therapeuten auf vages Sprechen? Neben diesen Fragen soll auch auf einige problematische Fälle eingegangen werden, die im Lauf der Analyse aufgetaucht sind und deren Besprechung

uns in diesem Rahmen sinnvoll erscheint; darüber hinaus sollen solche sprachlichen Formen diskutiert werden, die zwar streng genommen nicht als vages Sprechen klassifiziert werden können, diesem aber eng verwandt sind und deshalb ebenfalls einen Platz in dieser Arbeit beanspruchen.

3.5 Vages Sprechen in der Praxis

In der therapeutischen Arbeit kommt es wie in jeder anderen Kommunikationssituation auch immer wieder zu Situationen, in denen das gegenseitige Verstehen der Gesprächspartner behindert wird. Dabei spielt das Verstehen im therapeutischen Prozess eine besondere Rolle, da Heilung durch aus dem Gespräch resultierende Prozesse entsteht. Die Analyse von Nicht-Verstehen kann hier, so die Hoffnung, zu einem besseren Umgang mit schwierigen Gesprächssituationen und damit zu einer Verbesserung der Therapie führen. Umgekehrt kann mit einer linguistischen Analyse vielleicht auch die Funktion von Nicht-Verstehen oder von Nicht-Verstandenwerden-Wollen sichtbar und damit für die therapeutische Arbeit fruchtbar gemacht werden. Der Umgang mit irritierenden oder gar frustrierenden Situationen im Gespräch kann möglicherweise verbessert und damit der therapeutische Prozess insgesamt erleichtert werden. Die Ergebnisse linguistischer Arbeit könnten in diesem Zusammenhang nicht nur die Psychotherapie, sondern auch an die psychologische Forschung anknüpfen.

4 Methode: Ethnomethodologie und Gesprächsanalyse

Diese Arbeit versteht sich als ethnomethodologisch und gesprächsanalytisch. Die Implikationen dieser methodologischen Verortung sollen im Folgenden expliziert werden.

4.1 Ethnomethodologie

Die Ethnomethodologie versteht unsere soziale Wirklichkeit als interaktiv hergestellt: Soziale Wirklichkeit entsteht im interaktiven Handeln der Menschen und wird durch dieses Handeln ständig (re)konstituiert. Soziale Wirklichkeit wird damit als dynamisches Gebilde verstanden, dem zugleich Prozesse der Organisation und der Ordnung zugrundeliegen. Soziales Handeln wird – so das Verständnis der Ethnomethodologie – geleitet durch sogenannte Ethno-Methoden, also Prozeduren, die Alltagshandelnde unbewusst und kontinuierlich durchführen, um Wirklichkeit herzustellen (Richter 2013: 48–56). Ethno-Methoden werden im Laufe des Sozialisationsprozesses erworben und sind beschreibbar als Routinen und Fertigkeiten, die notwendig sind, um kompetentes Mitglied einer Sprach- und Kulturgemeinschaft zu sein; sie helfen uns, soziale Wirklichkeit zu ordnen. Ihre Beherrschung und Verwendung wird von sozial Handelnden erwartet; ihre Benutzung ist notwendig, um akzeptable und verstehbare Handlungen und Äußerungen zu produzieren, da sie als Ressource bei der Interpretation von Handlungen und Äußerungen genutzt werden (Deppermann 2007: 9). Wir können die fehlende Kenntnis von Ethno-Methoden dort beobachten, wo es zu kulturell bedingten Schwierigkeiten und Missverständnissen kommt. Gegenstand der Ethnomethodologie sind demnach diese Ethno-Methoden, d. h. die Ethnomethodologie versucht, die Strukturen, die sinnhaftem sozialem Handeln zugrunde liegen, aufzudecken. Die Ethnomethodologie geht demnach auch davon aus, dass unser soziales Handeln strukturiert und geordnet abläuft; Aufgabe der Forschung ist es, diese Strukturen und Ordnungsmechanismen, die uns als Handelnden unbewusst bleiben, zu reflektieren und aufzudecken. Aus diesem Grund beschäftigt sich die Ethnomethodologie vorwiegend mit alltäglichen Aktivitäten, da hier die Ethno-Methoden besonders unauffällig und damit unreflektiert und verborgen bleiben. Gleichzeitig versteht die Ethnomethodologie soziales Handeln allgemein und sprachliches Handeln im besonderen als indexikalisch: Jedes Handeln gilt als kontextsensitiv; auch sprachliche Äußerungen können nur innerhalb eines spezifischen Kontextes verstanden werden. Handelnde nehmen deshalb eine kontinuierliche Kontextualisierung ihres Handelns und ihrer Äußerungen vor, um sie verstehbar zu machen. Kontextualisierung meint in diesem Zusammenhang, „dass Handelnde nicht nur lediglich handeln, sondern auch anzeigen, dass sie handeln

und wie sie verstanden werden wollen“ (Richter 2013: 60). Kontext und (sprachliches) Handeln sind damit untrennbar ineinander verwoben. In diesem Kontext wird Vagheit (verstanden als Kontextsensitivität) zu einem konstitutiven Merkmal sprachlicher Äußerungen, da diese – um verstehbar zu sein – grundsätzlich Raum für eine Kontextualisierung lassen müssen (Richter 2013: 54–60).

4.2 Konversationsanalyse

Die Konversationsanalyse wendet diese Grundprinzipien nun auf Gespräche an. So geht sie davon aus, dass Gespräche grundsätzlich geordnet ablaufen und dass diese Ordnung von den Gesprächspartnern angezeigt wird; sprachliche Äußerungen werden also stets kontextualisiert im Sinne der Ethnomethodologie (Richter 2013: 60f.). Diese Kontextualisierungen sowie die Geordnetheit von Gesprächen im Allgemeinen liegt dabei zwar offen zutage; Aufgabe der Analysierenden ist es aber, beides aus der Komplexität des Gesprächsgeschehens herauszulösen und auf diese Weise auch sichtbar und erkennbar zu machen. An den Details dieser Ordnungsaktivitäten lässt sich dann ablesen, wie soziale Ordnung im Gespräch konstituiert wird (Gülich/Mondada 2008: 15). Alltagsgesprächen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu, da sie als „der privilegierte, da onto- und phylogenetisch primäre Ort der Verwendung, des Erwerbs und wohl auch des Wandels von Sprache“ gelten (Deppermann 2007: 13). Die Konversationsanalyse zeichnet sich darüber hinaus durch einen – vielfach kritisierten – Mangel an Theoriebildung aus, der jedoch durch die sogenannte „analytische Mentalität“ (Gülich/Mondada 2008: 16) kompensiert wird. Das heißt, dass sich die Analyse an einer Reihe von Prinzipien (anstatt theoretischer Konstrukte) orientiert (Gülich/Mondada 2008: 17f.):

- Das Prinzip der Ordnung: Analysierende gehen davon aus, dass Gespräche grundsätzlich systematisch ablaufen und betrachten jedes Element eines Gespräches als eines, das potentiell zu dieser Systematik beiträgt. Aufgabe der Analysierenden ist es, die Strukturen, die von den Gesprächsteilnehmern systematisch hergestellt werden, aufzudecken und zu beschreiben.
- Das Prinzip der Sequenzialität und Temporalität: Analysierende müssen Gespräche als sequenziell ablaufende und an die flüchtige Zeit gebundene Strukturen ernst nehmen, d. h. der sequenzielle Kontext einer jeden Äußerung sowie der zeitliche Verlauf des Gesprächs müssen in die Analyse einfließen.
- Die Perspektive der Kommunikationsteilnehmer: Aus der Ethnomethodologie stammt der Ansatz, nicht als außenstehender Beobachter zu analysieren,

sondern zu rekonstruieren, „wie eine Äußerung oder Handlung in der Interaktion von den Beteiligten interpretiert und behandelt wird“ (Gülich/Mondada 2008: 17). Es geht darum, mit den Augen der Kommunikationsteilnehmer auf das Gesprächsgeschehen zu blicken und von dieser Warte aus Einsichten in Struktur und Funktionalität von Äußerungen zu gewinnen.

- Das Primat der Interaktion: Gespräche werden als genuin interaktive Gebilde verstanden, d. h. der Fokus der Interaktion liegt darauf, wie Gespräche gemeinschaftlich von den Gesprächsteilnehmern hergestellt werden. Die Beiträge der verschiedenen Sprecher werden zueinander in Bezug gesetzt und als Teile einer gemeinsamen Aktivität oder – noch radikaler – selbst als gemeinsame Aktivitäten betrachtet.

Dabei legt die Konversationsanalyse Wert darauf, lediglich an authentischen, natürlichen Daten zu arbeiten; die analytische Aufmerksamkeit richtet sich dann nicht auf ein bestimmtes, vorab definiertes, isoliertes Phänomen, sondern die Gegenstände der Untersuchung emergieren aus dem Material selbst, und an der Stelle eines vorab feststehenden theoretischen Zugriffs steht die Entwicklung angemessener Methoden im Zuschnitt auf das konkrete Untersuchungsmaterial. Die methodologische Reflexion gewinnt dadurch an Stellenwert, da sie den Mangel an Theorie kompensieren muss.

4.3 Gesprächsanalyse

Diese Arbeit ist im Paradigma der Gesprächsanalyse zu verorten, die sich wiederum an der soeben vorgestellten Konversationsanalyse orientiert. Die Gesprächsanalyse versteht Sprache als ein Mittel zur Kommunikation (Deppermann 2007: 1) sowie der sozialen Interaktion (ebd.: 13). Gegenstand der Gesprächsanalyse ist demnach „empirisch vorkommende sprachliche Produktion in ihrer kontextgebunden Konkretion“ (Deppermann 2007: 1).

Sprachliche Strukturen werden als „routinisierte Verfahren zur Bearbeitung wiederkehrender konversationeller Aufgaben“ verstanden. Der gesprächsanalytische Blick auf Sprache sieht diese durch die Brille der Funktionalität und betrachtet insbesondere ihre Anpassungsleistung „an die besonderen Bedingungen konversationeller Interaktion (wie Zeitlichkeit, Interaktivität oder Mündlichkeit/Körperlichkeit)“ (Deppermann 2007: 14). Gefragt wird in der Gesprächsanalyse also zum einen danach, inwiefern sprachliche Strukturen an interaktionale Aufgaben angepasst sind, inwiefern sie also als Ressourcen für bestimmte konversationelle Aufgaben dienen. Andererseits beschäftigt sie sich damit, inwiefern sich konversationelle Handlungen

an den Gegebenheiten einer Einzelsprache orientieren müssen, da diese jeweils nur bestimmte Ressourcen und Strukturen zur Verfügung stellen.

Die Gesprächsanalyse ist im theoretischen Paradigma der Pragmatik zu verorten, d. h. sie betrachtet Sprache unter dem Aspekt ihres Gebrauchs- und Handlungscharakters. Bei der Untersuchung sprachlicher Strukturen kommt es ihr darauf an zu zeigen, inwiefern die Systemeigenschaften einer Sprache im Gespräch für Sprecher und Hörer relevant werden. Konkret heißt das, dass eine linguistische Theorie – von der Warte der Gesprächsanalyse aus – zeigen können muss, dass ihre Kategorien der tatsächlichen Praxis von Sprachverwendern gerecht werden: Sie muss sich an der empirischen Sprachrealität messen lassen. Jede Kategorisierung ist an den konkreten Sprachgebrauch rückgebunden und erhält ihre Berechtigung ausschließlich durch ihre Anwendbarkeit auf und Deckungsgleichheit mit konkreten Sprachdaten.

Die Gesprächsanalyse verfügt über eine Reihe von Grundannahmen über Gespräche, die die Analyse einerseits leiten und andererseits stets zu berücksichtigen sind (Deppermann 2007: 4–13):

- **Konstitutivität:** Gespräche werden als eine Reihe von Handlungssequenzen aktiv von den Gesprächsteilnehmern hergestellt; die Akteure bedienen sich dabei bestimmter Regeln und Routinen, die ihnen erlauben, situativ angepasste und intersubjektiv verstehbare Strukturen zu produzieren und mit Bezug auf den aktuellen Kontext zu interpretieren.
- **Prozessualität:** Gespräche sind prozessual hergestellte Gebilde; dies ergibt sich aus dem zeitlichen, sequenziellen Ablauf von Gesprächen und nimmt Einfluss sowohl auf die Gesprächsorganisation als auch auf die sprachlichen Strukturen als solche, die ebenfalls prozessual und damit kompositional aufgebaut sind. Daraus ergeben sich für die Gesprächsteilnehmer auch verschiedene Aufgaben, wie z. B. die prozessuale Bildung von Einheiten und die Schließung von Strukturen am Ende einer Einheit, die jeweils angezeigt werden müssen; sie müssen darüber hinaus anzeigen, an welche vorangegangenen Strukturen angeknüpft wird und damit Kohärenz herstellen; sie müssen aktualisieren, d. h. immer wieder das aktuell Wichtige hervorheben, z. B. mittels Akzentuierung oder Intonationskonturierung; sie müssen Sachverhalte schrittweise mittels verschiedener Formulierungsverfahren und Argumentationen linearisieren; mittels Projektionen müssen sie Folgestrukturen andeuten und erwartbar machen, etwa den Abschluss oder auch die Fortsetzung einer Einheit, die Organisation von Sprecherwechseln oder den Verlauf eines Handlungsschemas. Insgesamt lässt sich damit sagen, dass sprachliche Äußerungen immer zurückverweisen auf bereits Gesprochenes und den aktuellen Beitrag da-

mit im Verlauf verankern, gleichzeitig aber vorausweisen auf noch Folgendes und dem Gespräch damit eine Richtungsweisung geben. Jedes Gespräch ist damit nicht Produkt eines Plans, sondern eines schrittweisen, interaktiven Produktionsprozesses.

- **Interaktivität:** „Gespräche bestehen aus Handlungssequenzen von Interaktionsbeteiligten, die systematisch aneinander anschließen.“ (Deppermann 2007: 7) Daraus ergeben sich für die Sprecher bestimmte zu bewältigende Aufgaben: Sie müssen ihre Beiträge auf die Adressaten zuschneiden, also deren „gegenwärtigen Aufmerksamkeitsfokus, ihr Vorwissen, die bei ihnen anzunehmenden Meinungen, Interessen, Interpretationsgepflogenheiten etc. berücksichtigen“ (ebd.: 8). Sie müssen darüber hinaus ihre Handlungen zeitlich und qualitativ koordinieren; das bekannteste und offensichtlichste Beispiel ist der Sprecherwechsel, der mittels Gestik, Mimik, Prosodie und Syntax organisiert werden muss. Sprecher müssen darüber hinaus Aufzeigehandlungen (display) tätigen, d. h. Erwartungen und Verstehen anzeigen. Klassischerweise geschieht dies durch Rezeptionssignale, Reparaturen oder Reformulierungen.
- **Methodizität:** Die Gesprächsanalyse geht davon aus, dass Gesprächsprozesse grundsätzlich methodisch ablaufen. In Anlehnung an die Ethnomethodologie unterstellt sie zum einen (sprachliche) Ethno-Methoden. Gleichzeitig wird angenommen, dass die Gesprächsteilnehmer selbst Methodizität im Gespräch unterstellen, d. h. sie erwarten, dass andere Sprecher ihre Beiträge systematisch einbringen. Methodizität meint deshalb im Wesentlichen zwei Ebenen: zum einen die globale Perspektive auf das Gespräch, das als methodisch und organisiert verstanden wird; zum anderen die interaktive Perspektive der Sprecher aufeinander, die ihren wechselseitigen Beiträgen Methodizität unterstellen.
- **Pragmatizität:** Gespräche werden von der Gesprächsanalyse als Handlungssequenzen verstanden, d. h. sie verfolgen einerseits bestimmte Ziele und Zwecke, andererseits müssen innerhalb eines Gespräches verschiedene Handlungen vollzogen und Aufgaben bewältigt werden. Sprache wird im Gespräch zum mehrdimensionalen und multifunktionalen Werkzeug in dem Sinne, dass sie nicht nur Ausdrucks-, Darstellungs- und Appellfunktion erfüllt, sondern auch Gesprächsbeteiligung und -organisation strukturiert. Sprache erfüllt hier Funktionen nicht nur im Hinblick auf die soziale Wirklichkeit, sondern auch im Hinblick auf das Gespräch selbst.

Aus diesen Grundannahmen über die Konstitution von Gesprächen sowie den an der Konversationsanalyse orientierten Leitlinien analytischen Arbeitens lassen sich nun eine Reihe von methodologischen Grundprinzipien ableiten: Gesprächsanalyse muss sich auf die Daten einlassen und sich von diesen leiten lassen (anstatt von Intuitionen, vermeintlichem Vorwissen oder theoretischen Vorannahmen). Nur in der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial lassen sich neue Einsichten und Erkenntnisse gewinnen. In der Analyse soll außerdem die bestehende, aber für die Handelnden selbst unbewusste, verborgene Ordnung des Gespräches rekonstruiert werden. Dabei muss sich die Rekonstruktion an sogenannten Aufzeigehandlungen (display) orientieren, mit denen (wie oben bereits erwähnt) Verstehen angezeigt und Handlungen koordiniert werden. Interpretationen von Gesprächshandlungen müssen damit an das Gesprächsgeschehen rückgebunden werden und „mit den Details des interaktiven Geschehens lückenlos vereinbar“ (Deppermann 2007: 29) sein. Die Prämisse der Geordnetheit von Gesprächen wurde bereits an verschiedenen Stellen angesprochen und soll hier lediglich noch einmal aufgeführt werden; daraus ergibt sich auch, dass es der Gesprächsanalyse nicht nur um die Beschreibung sprachlicher Praktiken und die Paraphrase von Gesprächsgeschehen gehen kann, sondern sie möchte nach Form-Funktions-Zusammenhängen fragen und herausfinden, welche (pragmatischen) Aufgaben und Funktionen eine bestimmte sprachliche Form erfüllt bzw. mit welchen sprachlichen Ressourcen ein bestimmtes (pragmatisches) Problem gelöst werden kann. Dabei betrachtet die Gesprächsanalyse drei verschiedene Ebenen, die von den Gesprächsteilnehmern simultan bearbeitet werden müssen (Deppermann 2007: 43):

1. Die Gesprächsorganisation, also die Herstellung und Aufrechterhaltung von Kontakt und die Koordination der Gesprächshandlungen (wie Sprecherwechsel, Adressierung, Rückmeldung).
2. Die Sachverhaltsdarstellung, also – grob gesagt – die thematische Entfaltung des Gesprächs innerhalb bestimmter kommunikativer Schemata wie ‚Erzählen‘ oder ‚Bericht‘.
3. Die Handlungskonstitution, also die „Verfolgung von individuellen und kollektiven Zwecken des Handelns“.

Darüber hinaus versucht die Gesprächsanalyse, Äußerungen innerhalb ihres sequenziellen Kontextes zu betrachten. Da jede Äußerung an einen bestimmten Kontext anknüpft und auf das Folgende hinausweist, ist die Verortung im sequenziellen Ablauf unerlässlich. Dabei ist es wichtig, genau herauszuarbeiten, warum Daten auf eine bestimmte Weise interpretiert werden; die bloße Beschreibung allein reicht

nicht aus, sondern es kommt darauf an, Interpretationen aus den Daten zu gewinnen und diesen Prozess detailgenau zu explizieren (Deppermann 2007: 24–52).

Die Gesprächsanalyse versteht sich als radikal empirische Wissenschaft und arbeitet ausschließlich mit authentischen, in einen konkreten Kontext eingebetteten Daten. Methodisch geht die Gesprächsanalyse zunächst von der Analyse einzelner Fälle aus und versucht, die Konstitutionsprinzipien jedes einzelnen Falles transparent zu machen. Sie begreift sich folglich als verstehende, interpretative Wissenschaft. Dabei sollen Interpretationen an und aus den Daten gewonnen werden; Kategorien werden aus den Daten entwickelt, anstatt deduktiv gewonnene Hypothesen an den Daten zu testen. Als „rekonstruktive Forschungslogik“ (Deppermann 2007: 25) orientiert sich die Gesprächsanalyse an zwei methodologischen Leitlinien:

1. Kontextsensitives Sinnverstehen: Analysekategorien und inhaltliche Hypothesen werden weitgehend aus dem Datenmaterial selbst im Hinblick auf den gegebenen Kontext gewonnen und an diesem Kontext geprüft. Gesprächspraktiken sollen in ihrer sozusagen endogenen Strukturiertheit beschrieben und im Kontext ihres konkreten Erscheinens betrachtet werden.
2. Gegenstandsfundierte Methodologie: Als radikal empirische Wissenschaft (in der Tradition der Konversationsanalyse) hält sich die Gesprächsanalyse bei der Auswertung von Daten an Video- und Audiodateien und möglichst abbildgetreue Transkriptionen. Damit soll die Analyse so nah wie möglich an ihren Gegenstand, das ursprüngliche Interaktionsgeschehen gebunden bleiben.

Bei der Analyse von Gesprächen – als genuin an ihren zeitlichen Verlauf gebundenen Phänomenen – ist es darüber hinaus von großer Bedeutung, den prozessualen Ablauf der Bildung sprachlicher Strukturen in der Interaktion zu untersuchen (z. B. durch Projektionen oder die zeitliche Strukturierung von Information). Da in Gesprächen so viele verschiedene Ebenen gleichzeitig relevant werden, gilt es zudem, das „[holistische] Zusammenspiel“ (Deppermann 2007: 15) verschiedener Modalitäten (wie Stimme, Gestik, Mimik) bei der Konstitution von Interaktion zu berücksichtigen. Gespräche holistisch zu betrachten bedeutet, ihre Komplexität ernst zu nehmen und möglichst viele verschiedene Ebenen der Gesprächsproduktion – wie Syntax, Prosodie, Semantik, Blickverhalten, Gestik – und deren komplexes Zusammenspiel gleichzeitig in den Blick zu nehmen. Jede dieser Ebenen wird für andere Aspekte des Gespräches relevant; gleichzeitig bestehen Abhängigkeiten zwischen den verschiedenen Elementen eines Gespräches. Diese Interdependenzen sollen in der Analyse herausgearbeitet werden.

Die vorliegende Untersuchung beruht auf den genannten Grundannahmen und versucht, die beschriebenen methodischen Prinzipien umzusetzen. Die detailgenaue Analyse einschlägiger Sequenzen und die Beschreibung der Genese von Interpretationen wird deshalb im Vordergrund der Arbeit stehen. Im Zentrum steht die Explikation interessanter Einzelfälle, aus denen dann allgemeinere Prinzipien und Ordnungsmuster herausgearbeitet werden. Wichtig scheint uns insbesondere der empirische Zugang: So weit als möglich sollen die Daten selbst sprechen. Wir werden unsere Analysen an vielen Transkriptausschnitten explizieren, um unsere Interpretationen transparent zu machen; gleichzeitig werden wir über eine bloße Beschreibung der Daten hinausgehen und sie tatsächlich interpretieren. Diese Interpretationen sollen dabei gleichzeitig an das Interaktionsgeschehen und die Aufzeigehandlungen der Beteiligten rückgebunden werden.

5 Analyse

Im Folgenden möchten wir die Ergebnisse unserer analytischen Arbeit vorstellen. Trotz der Prominenz der Einzelfallanalyse in der gesprächsanalytischen Arbeit werden wir bei der Darstellung zugunsten der besseren Übersichtlichkeit so vorgehen, dass Ergebnisse an einschlägigen Gesprächsbeispielen exemplifiziert werden (anstatt jeweils ein Transkript in extenso zu diskutieren und dann Kollektionen zu bilden, wie es während der analytischen Arbeit geschieht). Wir werden also zunächst die verschiedenen Formen vagen Sprechens vorstellen, die in den untersuchten Gesprächen identifiziert werden konnten. Im Anschluss werden wir versuchen, diese sprachlichen Formen mit ihren jeweiligen Funktionen zu korrelieren. Wir werden außerdem die verschiedenen Reaktionen von Seiten der Therapeuten vorstellen, um im Anschluss einige Probleme zu diskutieren, die sich bei der Analyse stellten. Im letzten Teil der Analyse möchten wir auf solche sprachlichen Figuren eingehen, die einige, aber nicht alle Attribute vagen Sprechens teilen.

5.1 Formen vagen Sprechens

Vages Sprechen zeichnet sich durch eine Vielzahl linguistischer Formen aus, und es ist nicht leicht, diese zu systematisieren. Dennoch ließen sich im Rahmen der Analyse zwei linguistische Kategorien eruieren, unter die sich die meisten der in den Daten beobachteten Phänomene subsumieren lassen.

5.1.1 Allgemeine Ausdrücke

In vielen Fällen lässt sich vages Sprechen beschreiben als die Verwendung zu allgemeiner Ausdrücke. Solche zu allgemeinen Ausdrücke sind häufig abstrakte oder zusammenfassende Bezeichnungen für konkrete Sachverhalte. Zwei Beispiele sollen dies illustrieren.

Das erste Gespräch, das vorgestellt werden soll, findet zwischen dem Therapeuten T_3 und dem jungen, männlichen, sehr ruhigen Patienten $T_3,1$ statt. Im unmittelbaren Vorlauf besprechen der Therapeut und $T_3,1$ die Familienverhältnisse des Patienten; dieser erzählt von seinem guten Verhältnis zur Mutter und seinem schwierigen Verhältnis zum Vater und zum Bruder. Hier hakt der Therapeut ein und bittet ihn, von der Atmosphäre im Elternhaus zu berichten:

Datum 2: körperliche nähe

01 T₃ degree h wie war denn so die atmosphäre
 02 (0.5)
 03 T₃ in der sie aufgewachsen sind
 04 (0.96)
 05 T₃ zu HAUse;
 06 (0.33)
 07 T₃ wovon war die gePRÄGT?
 08 (0.94)
 09 T₃ °h (.) wie hat sich_s ANgeföhlt?
 10 (0.59)
 11 T₃1 ähm:
 12 (2.9)
 13 T₃1 ähm
 14 (2.93)
 15 T₃1 es war irgendwie immer so dass (.) äh
 16 (0.3)
 17 T₃1 °h dass ne spannung da war du:rch die
 streitigkeiten die ich mit meinem bruder hatte
 [oder die st]reitigkeiten
 18 T₃ [hm_hm]
 19 T₃1 mit meinem vater (.) °hh
 20 (0.3)
 21 T₃1 und (.) häh
 22 (0.65)
 23 T₃1 dadurch entstanden halt auch wieder
 streitigkeiten von meinen eltern (.) miteinander
 24 (0.2)
 25 T₃ hm;
 26 (1.96)
 27 T₃1 dann (.) was (.) was ich jetzt auch
 28 (0.66)
 29 T₃1 in den letzten wochen
 30 (0.73)
 31 T₃1 so (.) mir durch den kopf gehen gelassen (.) hab
 was ich mich auch belastet haben könnte °hh ist
 dass ich eigentlich nie so mitbekommen hab dass
 meine eltern sich körperlich NAhe waren (.) s[ie]
 32 T₃ [hm]
 33 (0.2)
 34 T₃1 ja
 35 (1.8)
 36 T₃ das heißt so umarmen oder (.) schmusen oder so
 was
 37 T₃1 genau (.) ja
 38 T₃ haben die NICH
 39 T₃1 (.) nee
 40 T₃ wirklich gemacht (.) oder selten oder,
 41 T₃1 ja (.) eigentlich
 42 (0.69)

43 T₃1 kann ich mich nich (.) [äh of]t dran erinnern °hh
 dass
 44 T₃ [hm]
 45 T₃1 ich mal gesehen hab dass:: irgend sowas
 stattgefunden hat
 46 (0.35)
 47 T₃ hm_hm;

Die Sequenz beginnt mit der mehrteiligen Frage des Therapeuten nach der *atmosphäre* im Elternhaus des Patienten (Z. 1–9); dabei versucht der Therapeut, dem Patienten mehrere Anknüpfungspunkte anzubieten bzw. deutlich zu machen, worauf seine Frage abzielt, indem er sie zweimal in je leicht abgeänderter Form reformuliert. Der Patient antwortet leicht verzögert, an den gefüllten Pausen in Z. 11 und 13 sowie den beiden längeren Pausen in Z. 12 und 14 wird deutlich, dass er Zeit zum Nachdenken und Formulieren braucht. Er beginnt dann von einer allgegenwärtigen *spannung* im Elternhaus zu erzählen (Z. 15–23); nach einer weiteren längeren, fast zweisekündigen Pause in Z. 26 eröffnet er dann mittels des Adverbs *dann* einen weiteren Aspekt der *atmosphäre* zu Hause. Die Beschreibung der mangelnden körperlichen Beziehung seiner Eltern bereitet T₃1 an dieser Stelle durch zwei mit *was* und zwei mit *dass* eingeleitete Nebensatzkonstruktionen umfangreich vor. Im Anschluss sieht es so aus, als wolle er fortfahren, er bricht die in Z. 31 mit *sie* begonnene Formulierung aber ab und deutet nach einer kurzen Pause mit der Partikel *ja* (Z. 34) an, dass er seinen Beitrag abgeschlossen hat. Der Therapeut ist aufgefordert, den Turn in Z. 36 zu übernehmen. Die Formulierung *körperlich NAhe* ist damit durch ihre sequenzielle Einbettung markiert: Sie verfügt über einen langen und komplexen Vorlauf, die nachfolgende Formulierung wird abgebrochen und T₃ aufgefordert, den Turn zu übernehmen.

Der Ausdruck *körperlich NAhe* selbst bezeichnet zusammenfassend eine ganze Reihe verschiedener konkreter Konstellationen zwischen Menschen: Von nahe beieinander sitzen über Küssen und Streicheln bis hin zum Sexualkontakt ist damit zunächst einmal alles benannt. Der Therapeut T₃ hat dementsprechend zunächst das Bedürfnis, die Äußerung des Patienten zu konkretisieren und macht eine Reihe von Angeboten zur Spezifizierung dieses allgemeinen Ausdrucks. Aus diesen Spezifizierungsangeboten wird erkennbar, dass für den Therapeuten die Angaben des Patienten nicht ausreichend informativ waren. Zwar ist die Äußerung durch ihre sequenzielle Einbettung markiert; erst an diesen Angeboten des Therapeuten aber wird ersichtlich, dass es sich hier um vages Sprechen handelt.

Die vage Äußerung selbst dient hier als Sammelbegriff für ganz verschiedene Aktivitäten und Raumkonstellationen. Die Vagheit des Ausdrucks ergibt sich aus ihrer Eigenschaft als etwas abstrakter Oberbegriff für konkrete Sachverhalte. Durch die zu große Allgemeinheit entsteht für den Therapeuten ein semantisches Defizit, das sich nicht bzw. nicht ausreichend durch Implikatur auflösen lässt: Der Therapeut versucht,

gemeinsam mit dem Patienten die semantische Lücke durch Konkretisierung zu schließen.

Ein weiteres Beispiel für die Nennung abstrakter oder zusammenfassender Bezeichnungen für konkrete Sachverhalte findet sich in einem Gespräch des Therapeuten T₃ mit einer jungen Patientin, in der diese über eine Reihe trauriger Ereignisse innerhalb der Familie berichtet (Tod der Großmutter, Erkrankung verschiedener Familienmitglieder). Diese Ereignisse werden mit dem Ausdruck *solche dinge* zusammenfassend in das Gespräch eingeführt, als es gerade um die erkrankte Großmutter geht:

Datum 3: solche dinge

01 T₃2 oh n[e sie is bei meiner] Oma is grad wieder so_n
 kampf,
 02 [unverständlich]
 03 (0.4)
 04 T₃ hm
 05 (0.27)
 06 T₃ hm
 07 (0.98)
 08 T₃ macht sie das TRAUrig alle?
 09 T₃2 <<flüsternd> ja >
 10 T₃ hm
 11 (2.5)
 12 T₃ (sollt es TUN),
 13 ((T₃2 kämpft ca. 10 Sek. lang mit den Tränen))
 14 T₃2 °h ja e[s is (.)] sin [so na]ch un nach immer
 schlimme
 15 T₃ [(würd)] [hm]
 16 T₃2 SAchen passiert;
 17 (0.2)
 18 T₃ hm_hm;
 19 T₃2 °h grade in n (.) dieser kurzen zeit mit (.)
 sechzehn bis NEUNzehn;
 20 (0.35)
 21 T₃ hm_hm;
 22 T₃2 sin ja NUR °hh
 23 (0.33)
 24 T₃2 (NUR) solche dinge passiert;
 25 T₃ hm_hm,
 26 T₃2 °hh (un) man hat gar keine KRAFT <<mit
 weinerlicher Stimme> (außer verzweifelt irgendwie
 alles zu) >
 27 T₃ hm_hm,
 28 (0.54)
 29 T₃2 mit KLARzukommen;
 30 (0.32)
 31 T₃ ((schnalzt)) was is denn NOCH passiert in der
 zeit-
 32 (0.78)

33 T₃2 EIniges;
 34 (0.2)
 35 T₃ hm_[hm;]
 36 T₃2 [a]ls mein (.) Opa gestorben is °hhh (.)
 ((unverständlich)) is mein Opa gestorben,
 37 T₃ hm_hm,
 38 (0.55)
 39 T₃2 °hhh in der zeit kam dann mein VAtter in die
 klinik (.) wegen_m herz weil er_s nicht
 AUSgehalte[n hat,]
 40 T₃ [hm_hm]
 41 T₃2 un meine MÜtter hatte schon zusammenbrüche
 gehabt, °hhh (.) ähm

In diesem Gesprächsausschnitt findet sich eine ganze Reihe allgemeiner, zusammenfassender Ausdrücke. So erwähnt die Patientin in Z. 14/16 *schlimme SAChen* und in Z. 24 *solche dinge* und beginnt ihre Konkretisierung dieser Zusammenfassungen in Z. 33 mit einer weiteren Zusammenfassung, *EIniges*. Der eigentlichen Schilderung der konkreten Vorfälle (die in diesem Transkriptausschnitt nur teilweise wiedergegeben ist) gehen also an dieser Stelle drei Zusammenfassungen voraus, die Patientin bereitet ihre Konkretisierung intensiv vor. Begleitet werden diese drei allgemeinen Ausdrücke von verschiedenen sprachlichen Mitteln der Intensivierung. So wird in Z. 14 die zeitliche Extension der Ereignisse durch die Adverbiale *so nach un nach immer* hervorgehoben. In Z. 22 und Z. 24 verweist die Patientin mittels des Adverbs *NUR*, das zudem in beiden Fällen den Fokusakzent trägt, auf die Ausschließlichkeit dieser Ereignisse. Als sie schließlich vom Therapeuten gebeten wird, von diesen Ereignissen zu berichten, leitet sie ihre Schilderung in Z. 33 mit dem zusammenfassenden Pronomen *EIniges* ein, das durch seine leicht fallende Intonation und die kleine anschließende Pause für einen Moment ein bisschen so klingt, also wolle T₃2 sie so stehen lassen (was möglicherweise wiederum T₃ in Z. 35 dazu veranlasst, das kleine Rezeptionssignal als Aufforderung zum Weitersprechen zu äußern).

Die Ausdrücke *schlimme SAChen*, *solche dinge* und *EIniges* sind nicht im engeren Sinne Hyperonyme zu den geschilderten Ereignissen. Vielmehr abstrahieren sie diese Ereignisse und fassen sie zusammen. Sie sind markiert durch ihr gemeinsames Erscheinen, aber auch durch die beschriebenen Mittel der Intensivierung. Sequenziell wirken diese Ausdrücke wie eine Projektion der dann folgenden Erzählung.

Dass sich hier Verstehensprobleme ergeben, wird übrigens in Z. 31 erkennbar: Der Therapeut bittet die Patientin, *schlimme SAChen* und *solche dinge* zu explizieren und zu elaborieren, worauf die Ausdrücke konkret verweisen.³

An diesen beiden Beispielen wird bereits deutlich, dass sehr viele verschiedene sprachliche Phänomene vages Sprechen ermöglichen. Auch unter die Kategorie ‚zu

³ Sequenziell lässt sich sagen, dass die vagen Ausdrücke als Projektionen eine konditionelle Relevanz produzieren, die der Therapeut durch seine Nachfrage einlöst.

allgemeiner Ausdruck' fallen viele verschiedene konkrete sprachliche Formen und Mittel: Hyperonyme ebenso wie Abstraktionen, Adverbien ebenso wie Nominalphrasen oder Pronomen.

5.1.2 Unklare Bezüge

Wenn in den untersuchten Gesprächen der Eindruck semantischer Unterspezifizierung entsteht, so werden häufig die Bezüge zwischen Ausdrücken nicht klar. Diese Unklarheit lässt sich aber ebenfalls in verschiedene Erscheinungsformen ausdifferenzieren: Zum einen kann das Referenzobjekt eines Ausdrucks unklar sein, zum anderen kann aber auch der Bezug der Äußerung zum Gesamtkontext des Gesprächs unklar sein. Ich möchte diese beiden Varianten an einem Gesprächsausschnitt illustrieren, an dem sich beides plastisch zeigen lässt.

Der Gesprächsausschnitt beginnt ca. 7 Minuten nach Beginn des Diagnosegesprächs; Therapeut und Patientin befinden sich also zwar nicht mehr in der Anfangsphase des Gesprächs, sind aber auch noch nicht sehr weit fortgeschritten. Die Patientin T₂₄ hat ausführlich ihre somatischen Beschwerden geschildert, insbesondere einen „Kloß im Hals“, den sie als Engegefühl im Hals mit einhergehender Atemnot beschreibt. Sie berichtet dann, wie sie mehrere Untersuchungen mit jeweils negativen Ergebnissen durchlief, worauf eine psychosomatische Ursache der Symptomatik in Betracht gezogen wurde. An dieser Stelle fragt der Therapeut nach, ob die Patientin daraufhin Hilfe in der Klinik gesucht hat:

Datum 4: arbeitslosigkeit

01 T₂ ((schmatzt)) und dann sind sie: (.) hier
vorstellig geworden [oder (.) hm_hm]

02 T₂₄ [ja ich HAB] (.) mir dann
ich hatte mir witziger weise vor fünf jahren
glaub ich SCHON mal die ad[resse bes]orgt °h [(.)
von hier]

03 T₂ [hm_hm] [sie
kommen aus der gegend hier] (.) ja

04 T₂₄ aus stadt_a ja [°hh] (.) und äh

05 T₂ [hm]

06 (0.28)

07 T₂₄ hab des dann aber irgendwie: ja h° weiß a net (.)
wäh_äh [(lacht)] ja (.) [<<lachend> ähm so >]
°h und

08 T₂ [hm_hm] [hm]

09 T₃₂ hab mir dann diese ambulante äh stelle gesucht
[(.) °h]

10 T₂ [hm_hm]

11 T₂₄ un hab gedacht etz versuchschs erst mal damit

12 T₂ hm_hm

13 T₂₄ ((schnalzt)) (.) ja und da des halt jetzt dieses
körperliche:: dann [dazu] KAM °hh (.) ähm

14 T₂ [hm_hm]
 15 (1.15)
 16 T₂4 PLUS (.) dann meine darauffolgende
 arbeitslosigkeit
 17 T₂ hm_hm
 18 T₂4 °hhh (.) äh hab ich einfach gsacht ich (.) etzt
 (.) ich zieh des etz [durch]
 19 T₂ [hm_hm] was (.) heißt
 darauf (.) aus (.) folgende arbeitslosigkeit
 sie sind deshalb (.) ARbeitslos wegen (.)
 ((schnalzt))
 20 T₂4 n:::ei::n:: äh sondern äh dieser äh damalige chef
 [also let]ztes jahr des hat während der arbeit
 dort
 21 T₂ [hm_hm]
 22 T₂4 noch [angefan]gen °hh (.) ähm der hat halt
 furchtbar
 23 T₂ [hm_hm]
 24 T₂4 geschrien h°
 25 T₂ hm[_hm]
 26 T₂4 [also] des war so richtig LAUT un mit
 unheimlich viel DRUCK [h°] h° (.) ähm (.) und
 ich konnt mich da au
 27 T₂ [hm_hm]
 28 (0.67)
 29 T₂4 in keinster art und [weise ein]fach
 30 T₂ [hm_hm]
 31 (1.15)
 32 T₂4 zur wehr set[zen weder] äh verbal [noch SONSTwie
 °hh]
 33 T₂ [hm_hm] [hm_hm(.)hm hm
 hm hm]
 34 T₂4 ich wollt mich nich KRANK schreiben lasse[n:]
 35 T₂ [hm_hm]
 36 T₂4 weil des: einfach nich meine ART is also [°hh]
 ich
 37 T₂ [hm_hm]
 38 T₂4 hab gedacht du musst des irgendwie regeln (.)
 weil du kannst ja net davon[laufen] (.) °hh
 39 T₂ [hm_hm]
 40 (0.22)
 41 T₂4 ähm (.) und was ich etzt blöderweise eigentlich
 gar (.) nicht (.) mehr (.) SAgen kann ob dieser
 KLOß hh° doch der kam bevor ich ge (.) künd kam
 [der beVOR] ich gekündigt hab?
 42 T₂ [hm_hm]

Auf die Eingangsfrage des Therapeuten hin erläutert die Patientin ihre anfänglichen Schwierigkeiten, sich mit dem Gedanken an eine stationäre Psychotherapie anzufreunden; sie nennt die körperlichen Beschwerden als einen Beweggrund, sich doch in die Klinik zu begeben. Der zweite Beweggrund ist ihre *darauffolgende arbeitslosig-*

keit (Z. 16). Das Adjektiv *darauffolgende* verweist auf einen zeitlichen Bezugspunkt, an den die Phase der Arbeitslosigkeit anknüpft. Dieser Bezugspunkt bleibt aber unklar, wie die Reaktion des Therapeuten in Z. 18 zeigt: Seine Äußerung enthält eine Reparatur von „darauffolgende“ zu „daraus folgende“, was darauf schließen lässt, dass er sich nicht sicher ist, die Patientin richtig verstanden zu haben; die vielen Mikropausen deuten darauf hin, dass er Zeit zum Formulieren braucht, was ein weiteres Indiz für Verständnisschwierigkeiten der Äußerung der Patientin ist. Auch der propositionale Gehalt der Frage zeigt, dass er sich über den Bezugspunkt ihrer Äußerung nicht sicher ist: Der Therapeut postuliert ein kausales statt eines temporalen Verhältnisses, ist sich aber auch der Kausalitätsbeziehung nicht sicher, wie die unvollendete Konstruktion in Z. 19 zeigt.

Vages Sprechen entsteht hier einerseits dadurch, dass das Referenzobjekt des Adjektivs *darauffolgende* nicht klar ist: Der Therapeut kann aus dem Gesprächskontext nicht erschließen, worauf die *arbeitslosigkeit* folgt. Dadurch kann der Therapeut auch die *arbeitslosigkeit* nicht in die Biographie der Patientin einordnen. Die Phase der Arbeitslosigkeit wird hier zum ersten Mal erwähnt, gleichzeitig aber durch das Personalpronomen *meine* determiniert und damit so eingeführt, als sei sie bereits bekannt. Auch der thematische Bezug der Äußerung bleibt damit im Dunkeln: Die *darauffolgende arbeitslosigkeit* ist zwar rhematisch, klingt im sequenziellen Kontext aber thematisch. T₂ ist aufgefordert, die *arbeitslosigkeit* im Kontext zu verorten, was ihm aber nicht gelingen kann. Das Wissen über eine Phase der Arbeitslosigkeit in der Biographie der Patientin wird von dieser präsupponiert.⁴ Präsupponieren die Patienten solche Sachverhalte, die dem Therapeuten bis dato unbekannt waren, so kann dadurch vages Sprechen entstehen.

Insofern lassen sich an diesem Gesprächsausschnitt also zwei Varianten mangelnder Klarheit der Bezüge zeigen: zum einen bleibt das Referenzobjekt des Adjektivs *darauffolgende* uneindeutig, so dass die Phase der Arbeitslosigkeit nicht chronologisch verortet werden kann, zum anderen wird durch ihre Präsupponierung die ausreichende thematische Einbettung der *arbeitslosigkeit* unmöglich gemacht.

Die beiden bisher beschriebenen Formen vagen Sprechens – allgemeine Ausdrücke und Unklarheit der Bezüge – können auch in Kombination auftreten. Im folgenden Gespräch wird durch Präsupponierung eines Ausdrucks die Einbettung desselben in den Gesprächskontext für den Therapeuten erschwert; gleichzeitig handelt es sich um eine allgemeine Beschreibung konkreter Vorfälle, die vom Therapeuten dann auch erfragt werden. In dem Gespräch berichtet der Patient T_{1,4} von

⁴ Präsuppositionen werden hier als solche sprachlichen Operationen verstanden, in denen Wissensbestände als bekannt vorausgesetzt und genau deshalb nicht verbalisiert werden (Linke/Nussbaumer/Portmann 2004: 222). Präsupponierte Sachverhalte werden also nicht sprachlich expliziert, sondern ihre Kenntnis wird vom Sprecher als selbstverständlich angenommen. In aller Regel gilt für Präsuppositionen wie für Implikaturen, dass sie den Interagierenden keine Schwierigkeiten bereiten.

seinem positiven Verhältnis zu einem seiner Lehrer. Der Therapeut T₁ fragt ihn, wie dieses ungewöhnliche Vertrauensverhältnis entstanden ist, worauf der Patient eine Antwort zu geben versucht:

Datum 5: geWALTerfahrungen

01 T₁4 ich WEIß nich vielleicht tat ich ihm einfach LEID
(ich) keine AHnung
02 (0.27)
03 T₁4 ((schnieft)) [(ich) +++ (dann halt)]
04 T₁ [°hh naja ähm] äh also
(.) h° LEID tun ähm äh das mag ja ne e ebene
SEIN aber wenn ma dann: also s:ie hatten ja
offensichtlich auch von si IHRer seite n gutes:
verHÄLTnis: zu ihm oder (.) °h
05 T₁4 ja weil er mir ähm
06 (0.31)
07 T₁ °h h°
08 (0.45)
09 T₁4 ja er hat (.) ((lacht)) °hh
10 (0.21)
11 T₁4 bei ihm hab ich keine geWALT<<lachend>er>fahrungen
gemacht °hh (.) er wa:r äh er hat mir ZU[gehört]
12 T₁ [°h]
was ha äh moment geWALTerfahrungen wo ham sie
geWALTerfahrungen gema[cht?]
13 T₁4 [bei meim] schwager
14 T₁ der schwager h°
15 (0.29)
16 T₁4 elf jahre lang ja
17 (0.57)
18 T₁ der hat (.) geschlagen
19 (1.04)
20 T₁4 anfangs ja
21 (0.28)
22 T₁ und dann
23 (1.11)
24 T₁4 DANN kamen die sportlichen übungen
25 (0.52)
26 T₁ was HEISST das
27 (0.28)
28 T₁ hh° (.) °h
29 0.28)
30 T₁4 mal fünfzig liegestütze DORT mal hundert
liegestütze DA mal fünfzig klappmesser DA

Der Patient versucht an dieser Stelle, Erklärungen für sein gutes Verhältnis zu dem Lehrer zu geben und erwähnt in diesem Zusammenhang *geWALTerfahrungen*, die er in der Familie machen musste. Für den Therapeuten ist diese Information völlig neu – Gewalt in der Familie war in dem Gespräch, das zu diesem Zeitpunkt bereits über

35 Minuten dauert, bisher nicht angesprochen worden. Dabei braucht der Patient drei Anläufe, um die *geWALTERfahrungen* zu verbalisieren: Er setzt in Z. 5 zum ersten Mal an (*ja weil er mir*), bricht die Formulierung aber ab und repariert sie nach einer Pause in Z. 9 zu *ja er hat*, bricht diese Formulierung aber wiederum ab, lacht dann auf, um nach kurzem Einatmen und einer weiteren kurzen Pause schließlich die passenden Worte zu finden. Die *geWALTERfahrungen* werden ebenfalls mit einer Lachsilbe intoniert. Das Lachen kann dabei verschiedene Funktionen erfüllen. In vielen Arzt-Patienten-Gesprächen lachen Patienten insbesondere dann, wenn das, was sie sagen, in irgendeiner Art und Weise mit Äußerungen oder Erwartungen des Arztes konfligiert (Haakana 2001: 189). In ‚klassischen‘ Arzt-Patienten-Interaktionen markiert das Lachen von Patienten also Problematisches, beispielsweise dass sie einer ärztlichen Anweisung nicht gefolgt sind wie gewünscht oder wahrscheinlich nicht wie erwartet werden folgen können/wollen (Haakana 2001: 193). In anderen Interaktionen wurde Lachen auch als ein Hinweis auf Schwierigkeiten in der Interaktion beobachtet bzw. als Markierung von wichtigen und sensiblen Aspekten im Gespräch (Merzinger 2005: 60). Im vorliegenden Beispiel scheint in Bezug auf die hochsensible Thematik eher Letzteres vorzuliegen.

Der Patient beginnt bei Erwähnung der *geWALTERfahrungen*, an seinen Fingern abzuzählen und spricht im Anschluss unmittelbar weiter über seinen Lehrer, wird aber vom Therapeuten unterbrochen. Die fehlenden *geWALTERfahrungen* sind damit der erste Punkt, der seine Beziehung zu dem Lehrer beschreibt, dessen aktives Zuhören der zweite; wir können nicht wissen, was noch käme. Die Brisanz der *geWALTERfahrungen* wird sowohl durch den schnellen Anschluss als auch durch die Aufzählungsstruktur heruntergestuft: Sie ist nur einer unter mehreren Aspekten, die hier zur Sprache kommen sollen.

Durch das schnelle Weitersprechen und das Abzählen wird einerseits der Eindruck erweckt, als sei die Erfahrung von Gewalt in der Kindheit bereits bekannt oder jedenfalls nicht weiter der Rede wert; gleichzeitig ist die Äußerung durch Reparaturen und das Lachen markiert. Durch diese Diskrepanz wird der Aspekt doppelt herausgestellt.

Der Therapeut ist angesichts dieser sowohl markierten als auch beiläufigen Erwähnung der *geWALTERfahrungen* wie vor den Kopf gestoßen: Er unterbricht den Patienten und muss gleichzeitig an seiner eigenen Äußerung mehrere Reparaturen vornehmen, bevor er eine Nachfrage stellen kann. Dabei wiederholt er die vom Patienten eingebrachten *geWALTERfahrungen* mit gleicher Akzentuierung, knüpft damit also in seiner Nachfrage eng an den Wortlaut des Patienten an. Der Therapeut erfragt hier zunächst, wo T₁₄ die Gewalt erfahren hat, kommt also auf den Kontext der *geWALTERfahrungen* zu sprechen, bevor er ihn in Z. 18 mittels einer Deklarativsatzfrage dazu anregt, den Ausdruck *geWALTERfahrungen* zu konkretisieren.

Die Problematik dieser Sequenz besteht zunächst darin, dass ein neuer Sachverhalt präsupponiert, also als gegeben und bekannt vorausgesetzt wird. Diese Präsup-

position provoziert hier eine Verwirrung, wie sie durch unklare Bezüge entsteht: Die Einordnung des Gesagten in den Gesamtzusammenhang des Gespräches erfordert hier zu großen Aufwand, als dass sie ohne Nachfrage und weitere Besprechung zu bewältigen wäre. Die Verwirrung, die hier entsteht, ist auf die Präsupponierung eines für den Therapeuten neuen Sachverhaltes zurückzuführen; zugleich fungiert das Lachen des Patienten an dieser Stelle als Markierung der Äußerung als sensibel, brisant, wichtig. Der Sachverhalt selbst ist sprachlich offenbar zu allgemein repräsentiert, jedenfalls erbittet T₁ in Z. 18 eine Konkretisierung. Der Patient spricht hier vage sowohl im Sinne unklarer Bezüge als auch im Sinne zu allgemeiner Ausdrücke.

5.1.3 Allgemeine Ausdrücke und unklare Bezüge als Verletzung von Konversationsmaximen

Allgemeiner lassen sich die beiden oben genannten sprachlichen Formen vagen Sprechens als die Verletzung Grice'scher Konversationsmaximen beschreiben⁵. So kann ein zu allgemeiner Ausdruck die Maxime der Quantität verletzen, weil durch zu hohe Abstraktion möglicherweise notwendige Information verloren geht. Er kann aber auch die Maxime der Modalität verletzen, da die Äußerung undeutlich oder „dunkel“ (Kluck 2014: 96) bleibt. Mehr noch gilt das für unklare Bezüge: Auch dadurch wird eine Äußerung schwerer verständlich, bleibt vielleicht sogar mehrdeutig (vgl. Datum 4, wo der Therapeut T₂ einen kausalen Bezugspunkt zu der Äußerung *darauffolgende arbeitslosigkeit* in Betracht zieht). Wo die Bezüge zwischen Äußerung und Kontext unklar bleiben, kann es auch zu einer Verletzung der Maxime der Relevanz kommen: Es ist dann nicht mehr klar, in welchem Zusammenhang eine Äußerung zum sequenziellen Kontext steht. Mittels dieser Oberkategorie lassen sich aber auch weitere, komplexere Gesprächsphänomene beschreiben, die nicht im engeren Sinne als vages Sprechen zu verstehen sind. Insofern lässt sich sagen, dass durch vages Sprechen Konversationsmaximen verletzt werden; nicht alle Verstöße gegen die Konversationsmaximen sind aber als vages Sprechen zu werten. Gleichzeitig gilt: jede Form vagen Sprechens muss eine Verletzung von Konversationsmaximen sein, weil vages Sprechen per definitionem verstanden wird als eine semantische Unterspezifiziertheit, die sich nicht mittels einer Implikatur auflösen lässt. Konversationelle Implikaturen werden im Rückgriff auf Konversationsmaximen aufgelöst; wo dies nicht gelingt, müssen die Maximen als verletzt gelten.

⁵ Zu den Konversationsmaximen siehe auch Kap. 3.3.2

5.2 Funktionen vagen Sprechens

Nachdem zu zeigen versucht wurde, dass vages Sprechen sich in bestimmten sprachlichen Formen manifestiert, möchten wir im Folgenden danach fragen, welche Funktionen vages Sprechen in den vorliegenden Gesprächen erfüllen kann. Dabei nehmen wir mit der Konversationsanalyse an, dass jedes Element im Gespräch grundsätzlich als funktionales zu betrachten ist. Wir gehen also davon aus, dass auch vages Sprechen nicht chaotisch und willkürlich ‚einfach so‘ auftritt, sondern dass es spezifische Zwecke gibt, denen das vage Sprechen dient.

5.2.1 Vermeidung unangenehmer Themen

Die vorliegenden psychotherapeutischen Diagnosegespräche sollen dazu dienen, Informationen über die fünf Achsen der OPD zu generieren (OPD-2: 288). Die Therapeuten müssen also (1) Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen erfragen, (2) Beziehungsmuster aufdecken, (3) innere Konflikte der Patienten herausfinden, (4) das Strukturniveau der Patienten zu erfassen versuchen und (5) psychische und psychosomatische Störungen berücksichtigen (OPD-2: 35f.). In den verschiedenen Gesprächsphasen müssen die Therapeuten dazu zum einen die Patienten zu biographischen Erzählungen gewinnen, zum anderen aber selbst Beziehungsepisoden mit den Patienten entstehen lassen (OPD-2: 289f.). Zu diesen Zwecken sprechen die Therapeuten während der OPD-Interviews etwa Symptomatik und Verlauf der psychischen (manchmal auch somatischen) Erkrankung an oder stellen Fragen über frühere und aktuelle Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen (Eltern, Partner etc.) der Patienten. In diesen Zusammenhängen treten häufig sehr persönliche Gefühle und belastende Erlebnisse in den Fokus des Gesprächs, wie etwa Konflikte mit wichtigen Bezugspersonen, Brüche im beruflichen Werdegang oder gar Gewalterfahrungen.

Die intendierte Zielsetzung und Herangehensweise innerhalb der OPD-Diagnostikgespräche lässt erwarten, dass unangenehme Themen angesprochen werden und die Patienten deren Bearbeitung ggf. versuchen bewusst, vor- oder unbewusst auszuweichen, um die „innere“ Gefährdung durch zu Tage tretende Inkongruenzen zu vermeiden. In diesem Zusammenhang ist auch das Auftreten von vagem Sprechen nicht überraschend: Wenn Patienten ein Thema nicht en détail besprechen möchten, können sie vage, d. h. wenig konkret und differenziert bleiben und damit begünstigen, dass eine entsprechende Thematik lediglich an der Oberfläche berührt und eben nicht vertieft wird. Da es sich nicht um Therapie-, sondern um Diagnosegespräche handelt, lässt diese Form vagen Sprechens sogar noch erwartbarer werden: Die Patienten können darauf hoffen, dass die Bearbeitung solcher Themen noch nicht schwerpunktmäßig auf der Agenda steht und verschoben werden darf.

Das auffälligste und interessanteste Beispiel für diese Art von vagem Sprechen findet sich in einem Gespräch des Therapeuten T₂ mit dem Patienten T₂1. Dieser

leidet an einer Essstörung, die sich symptomatisch durch Anfälle unkontrollierter Nahrungsaufnahme auszeichnet. Diese Anfälle treten nach Aussage des Patienten insbesondere dann auf, wenn *unangenehme gefühle* im Spiel sind, wie T₂1 im unmittelbaren Vorlauf dieser Sequenz berichtet. Der Therapeut bittet den Patienten, von typischen Situationen zu berichten, in denen dies der Fall ist:

Datum 6: problemthema

01 T₂ ((schnalzt)) °h vielleicht (.) können sie mal
berichten was so ne typische situation wäre,
02 (0.43)
03 T₂ wo
04 (0.37)
05 T₂ unangenehme gefühle k[ommen]
06 T₂1 [((räuspert sich))] °h ähm
07 (0.7)
08 T₂1 da: da gibt_s auch was aktuelles von letz[tem
wochenende]
09 T₂ [hm
]
10 T₂1 könnt ich direkt au[fgreifen] (.)°hh ähm es: es
gibt
11 T₂ [hm_hm,]
12 T₂1 zwischen meiner meiner partnerin also ich hab ne
partnerin seit f[ünf jahren un]d da gibt_s n n
13 T₂ [hm_hm,]
14 T₂1 problemthema °h ähm das das immer wieder auf
tritt
15 T₂ hm[_hm]
16 T₂1 [da]s is ähm kein kein streitthema [°h]
17 T₂ [hm_hm]
18 T₂1 sondern eher n n gütliches aber trotzdem sehr
schwieriges thema [°hh] und ähm
19 T₂ [hm_hm]
20 (0.55)
21 T₂1 m_ähm im rahmen dieses themas haben wir am am
sonntach so festgestellt dass da sehr viel ähm
hilflosigkeit is (.) [°h] ratlosigkeit und ähm
22 T₂ [hm_hm]
23 (0.67)
24 T₂1 m_ja
25 (0.43)
26 T₂1 °so diese diese frage w w wie gehts denn jetzt
damit weiter mit dem problem [und wile (.)
27 T₂ [hm_hm]
28 T₂1 was kann ich eigentlich noch tun und da war sehr
viel verzweiflung da

Der Ausschnitt findet sich am Anfang des Gesprächs; T₂ versucht gerade, die Symptomatik der Essstörung abzuklären und sich ein Bild davon zu machen, welcher

Natur genau die Gefühle sind, die diese Anfälle auslösen. In diesem Zusammenhang berichtet der Patient in Z. 14 von einem *problemthema* zwischen ihm und seiner Partnerin. Er spezifiziert dieses Thema im Folgenden als *kein streitthema* (Z. 16) und ein *gütliches aber trotzdem sehr schwieriges thema* (Z. 18). Er versucht also, dem Therapeuten die Thematik in gewisser Weise plastisch zu machen; gleichzeitig lässt er völlig offen, worum es sich dabei eigentlich handelt.

Etwa sechs Minuten später spricht der Patient über seine Partnerschaft und schildert diese als *große stütze*. An dieser Stelle kommt T₂ wieder auf das *problemthema* zu sprechen:

problemthema

- 29 T₂ was ist denn so_n thema was sie verzweifelt macht
beide?
- 30 (0.57)
- 31 T₂ wo sie nich weiter kommen mitnander?
- 32 (0.37)
- 33 T₂1 ähm
- 34 (1.01)
- 35 T₂1 °h das sehr schwierig weil das ähm
- 36 (0.48)
- 37 T₂1 die die intimsphäre meiner partner[in eigentlich
schon]
- 38 T₂ [ja
]
- 39 T₂1 verletzt und (.) °h das is_n n thema in in
hinsicht (nich) der sexuali[tät]
- 40 T₂ [hm]_hm
- 41 (0.41)
- 42 T₂ verstehe
- 43 T₂1 und ähm
- 44 (0.79)
- 45 T₂1 nee [da möch]t ich dann [auch gar nich] mehr
- 46 T₂ [ja] [ja]
- 47 T₂1 drü[ber s]agen
- 48 T₂ [ja]
- 49 (2.47)
- 50 T₂ aber es klingt so es betrifft dann
- 51 (0.22)
- 52 T₂ sie oder ihre freundin
- 53 T₂1 betrifft (nicht nur sie) betrifft beide ja
- 54 T₂ BEIde (.) ja (.) beide (.) hm_hm
- 55 T₂1 also es is wie ich wie ich sachte eigentlich kein
STREITthema [°hh] sondern (.)
- 56 T₂ [hm_hm]
- 57 T₂1 [also da is a]uch viel verständnis u[n]d
überhaupt
- 58 T₂ [hm_hm] [ja]
- 59 T₂1 dabei und [(.) der vers]uch das gemeinsam zu
[lösen]

60 T₂ [hm_hm]
 [hm]_hm
 61 T₂1 °h
 62 T₂ okay
 63 T₂1 ähm
 64 (0.44)
 65 T₂1 ja
 66 T₂ ja
 67 (1.09)
 68 T₂ gut
 69 (0.32)
 70 T₂ °h also da is eher vorhin haben sie gesagt
 ratlosigkeit ist dann eher die bilanz nach so_em
 gespräch
 71 T₂1 ja
 72 (1.12)
 73 T₂ hm_hm

Phänomenologisch handelt es sich hier um die Verwendung eines allgemeinen Begriffs für einen konkreten Sachverhalt. Der Ausdruck *problemthema* wird zum Platzhalter für dasjenige, was zwischen den beiden Personen diskutiert und ausgehandelt wird. Der Patient verweigert an dieser Stelle explizit die Aussage mit dem Hinweis auf die Privatsphäre seiner Freundin. Diese Verweigerung wird von T₂1 (Z. 39) intensiv vorbereitet: gefüllte und ungefüllte Pausen (Z. 33, 34, 36) verzögern die Antwort, der Adverbkonnektor *eigentlich*⁶ schwächt die Äußerung ab und nimmt ihr damit die Schärfe, Doppelungen wie *die die* (Z. 37), *is_n n* und *in in* (Z. 39) deuten auf Formulierungsschwierigkeiten hin. Der Patient versucht dann trotzdem, die Problematik enger zu umreißen und verortet das *problemthema* in der Sexualität. In Z. 43 setzt er zudem zu einer weiteren Äußerung an. Er führt sie aber nicht weiter aus; stattdessen expliziert er nach einer weiteren kurzen Pause hier schließlich seine Weigerung, die Frage des Therapeuten angemessen zu beantworten (Z. 45). In der Summe lässt sich an dieser Stelle sehen, dass der Patient einen großen formulierungstechnischen Aufwand betreiben muss, um seine Ablehnung zu verbalisieren. Der Patient weigert sich, eine Frage des Therapeuten im erwarteten Umfang zu beantworten bzw. seiner Aufforderung zur Explikation des Problems nachzukommen. Diese dispräferierte Reaktion muss er aufwändig bearbeiten.

Auch an den zahlreichen Rezeptionssignalen des Therapeuten lässt sich zeigen, dass es sich um eine schwierige Situation handelt: T₂ hält es offenbar für notwendig, die Ablehnung des Patienten ausreichend zu ratifizieren. Die Kommunikation zwischen den beiden gerät hier in eine schwierige Situation: Die Weigerung des Patienten, das *problemthema* näher zu spezifizieren, muss aufwändig verpackt werden, während der Therapeut gleichzeitig deutlich signalisieren muss, dass diese Weige-

⁶ vgl. das Grammatische Wörterbuch des IDS Mannheim, http://hypermedia.ids-mannheim.de/call/public/gramwb.ansicht?v_app=g&v_kat=gramm&v_buchstabe=E&v_id=2066, Stand: 04.08.2014.

nung von ihm akzeptiert wird, in Ordnung ist und die Interaktion nicht gefährdet. Daraus lässt sich schließen, dass eine solche Weigerung aus Sicht der Interaktionsteilnehmer eine prekäre Situation in der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut erzeugt (oder erzeugen kann) und deshalb einen hohen Bearbeitungsaufwand erfordert.

Daraus lässt sich auch schließen, dass das Verweigern von Informationen in diesem kommunikativen Setting dispräferiert wird. Dazu passt, dass hier in elf Gesprächen zum einzigen Mal ein Patient bewusst vage spricht und diese Position auch gegenüber dem Therapeuten beibehält und verteidigt. Zugleich lässt sich festhalten, dass T₂1 hier nicht seine eigene Privatsphäre verteidigt (die ja ebenfalls betroffen sein dürfte, da das Thema *beide* betrifft), sondern er schiebt seine Partnerin vor. Auf diese Weise kann er die Verantwortlichkeit für seine Weigerung an eine Instanz abgeben, die nicht unmittelbar an der Interaktion beteiligt ist.⁷ Auf diese Weise kann er auch sein Gesicht⁸ in der Interaktion wahren.

Generell gilt, dass die Patienten in den untersuchten Gesprächen seltener als erwartet vage sprechen, wenn ein Thema schwierig wird; zudem handelt es sich sonst um weit weniger explizite Formen vagen Sprechens. Dennoch lässt sich an diesem – besonderen – Fall zeigen, was für alle anderen in gleicher Weise gilt: Sie werden gerahmt und markiert von Pausen, Verzögerungssignalen, Formulierungsschwierigkeiten oder anderen sprachoberflächlichen Hinweisen auf Probleme in der Verbalisierung, bedürfen also immer eines höheren Formulierungsaufwandes und werden damit als dispräferierte Reaktionen ausgezeichnet. Damit lässt sich auch erklären, warum diese Form vagen Sprechens seltener auftritt als hinsichtlich der Sensibilität der Themen zu erwarten: Innerhalb des therapeutischen Raumes wird in dieser Hinsicht eine größere Offenheit als im „Realraum“ (Schröder 2013: 86) sowohl erwartet als auch möglich. Innerhalb des therapeutischen Rahmens verbalisieren die Patienten sicherlich mehr, als sie es in anderen kommunikativen Zusammenhängen tun würden. Der institutionelle Rahmen der Therapie bietet eben durch seine Institutionalisierung einen sicheren Raum, innerhalb dessen die Patienten an ihre Grenzen gehen müssen und können.⁹

⁷ Interessant ist an dieser Stelle insbesondere, dass dieser Patient eine Spezifikation des Problems explizit verweigert. Vages Sprechen ist – wie jedes sprachliche Handeln – immer intentional, d. h. von einer kommunikativen Handlungsabsicht geleitet (Bußmann 2002: 313). An dieser Stelle kann es aber auch als intendiert bezeichnet werden, der Sprecher hält hier also bewusst Informationen zurück.

⁸ Zum Konzept des „face“ siehe beispielsweise Holly 2001.

⁹ Dies scheint auch für das Diagnosegespräch zu gelten: Für die Patienten sind die Unterschiede zwischen Therapie- und Diagnosegespräch möglicherweise nicht so immanent wie für Fachleute der Psychologie.

5.2.2 Themensetzung

In den untersuchten Diagnosegesprächen gilt wie für Arzt-Patienten-Gespräche ganz allgemein eine asymmetrische Beteiligungskonstellation. Zwar verfügen die Patienten über sehr viel größere Redeanteile, aber die Therapeuten stellen die Fragen und geben damit dem Gespräch seine Richtung vor. Sie verfügen über „fachbezogenes Spezialwissen“ und erlangen dadurch Durchführungsrechte im Gespräch, d. h. es ist ihr Recht und auch ihre Pflicht, die Patienten durch das Gespräch zu leiten (Nowak/Spranz-Fogasy 2008: 83f.). Dabei orientieren sich die Therapeuten – für die Patienten nicht erkennbar – am OPD-Leitfaden, d. h. das Gespräch entwickelt sich nicht ‚natürlich‘, sondern die Therapeuten verfolgen eine bestimmte Agenda. Die Patienten sind aufgefordert, dieser Agenda zu folgen; tun sie es nicht, fordert das einen hohen Legitimationsaufwand (siehe Kap. 5.2.1). Die Patienten haben in diesem Kontext nur bedingt Möglichkeiten, das Gespräch zu gestalten; sie folgen im Wesentlichen den Vorgaben der Therapeuten. Es gibt aber doch Situationen, in denen die Patienten auf sehr subtile Weise – und höchstwahrscheinlich nicht bewusst! – eigene Themen auf die Agenda setzen. Indem die Patienten ein Thema vage lassen und damit nur andeuten, geben sie dem Therapeuten einen Anlass nachzufragen – und damit das Gespräch auf dieses Thema hin zu lenken. Diese Funktion vagen Sprechens soll an einem Gesprächsausschnitt illustriert werden, der ganz am Anfang des entsprechenden Diagnosegesprächs steht; die Patientin T₃2 ist aufgefordert zu berichten, wie sie in die Klinik gekommen ist:

Datum 7: DÄMpfer

01 T₃ °h ich kenn sie ja (.) noch GAR nich ich weiß
auch KAUM was über sie,
02 (0.21)
03 T₃ ich weiß nur dass sie °h (.) BEI uns sind in der
klinik (.) ähm;
04 (0.65)
05 T₃ ich weiß dass °h dass (.) veränderungen der
STIMmung ne rolle spielen dabei; °h und ich wollt
sie bitten ob sie vielleicht in wenigen worten (.)
erzählen können wie sie ZU uns gekommen sind;
06 (0.7)
07 T₃2 °hhh ähm
08 (1.31)
09 T₃2 ähm (.) hilfe hatte ich mir schon vor sechs
JAHren gesu[cht,]
10 T₃ [hm]_hm
11 (0.23)
12 T₃2 ähm wurd aber da:ma:ls vier mal (.) abgelehnt
WEItergeschickt,
13 T₃ hm_hm

14 T₃2 °hh und darauf hab ich halt wie immer gesagt okay
wenn dich keiner will dann schaffst du_s auch
alLEIne,

15 T₃ hm_hm

16 T₃2 (.) ich hab (.) die ganzen jahre auch eigentlich
°hhh recht gut geMEIstert, nur halt so: °h nach
meinem letzten: (.) also wo mir noch so_n DÄMpfer
gegeben ha[t,]

17 T₃ [hm]_hm

18 (0.25)

19 T₃2 ähm (.) °hh (der letzt/jetzt) eineinhalb jahre
her °h wo ich dann einfach gemerkt hab ich
veränder mich toTAL-

20 T₃ hm[_hm]

21 T₃2 [a]lso weil ich bin nich mehr LEbenslustig;
ich will im moment eigentlich gar nich (mehr
raus/nach HAUse) gehen; ich vernachlässige meine
FREUde; °h ähm ich werd mit MIR immer mehr
unzufriedener;

22 T₃ hm

... ...

23 T₃2 und dann hab (ich/gsagt) okay

24 (0.34)

25 T₃2 jetzt brauch ich doch irgendwie (.) hilfe

26 T₃ hm (.) °hh sie haben ja gesagt vor anderthalb
jahren ungefähr gab_s n DÄMpfer den sie erlebt
haben was (.) was WAR das?

27 (0.61)

28 T₃2 ähm (.) ich hatte damals n PARTner,

29 T₃ hm_hm

30 T₃2 äh (.) wir haben zusammengewohnt und war einfach
so: ähm h° weitere pläne also hochzeit kinder war
eigentlich gePL[ANT] auto war neu geKAUFT °hh
und ähm (.)

31 T₃ [hm_hm]

32 T₃2 ja dann war er halt von einem tag auf_n andern
WEG,

33 (0.32)

34 T₃ hm[_hm]

35 T₃2 [un]d hat (sich) mal ne neue °hh (.) erst
wollt er zu ner ANdern die hat er nicht bekommen
dann is er (.) zu ner ANdern gelandet u[nd hat]

36 T₃ [hm_hm]

37 T₃2 (.) un dann kam er wieder zu MIR dann wieder zur
ANdern und (.) des war hal[t so_n] dämpfer

38 T₃ [hm_hm]

39 T₃2 so wo ich plötzlich da stand und wusst gar nich
(.) was waRUM jetzt un weshalb und °hhh

40 T₃ hm_hm

41 (0.73)

42 T₃2 ((schnalzt)) un dann war er WEG.

46 (0.25)

- 47 T₃2 ((unverständlich))
 48 T₃ wenn sie sagen DÄMpfer dann klingt des relativ (.)
 °hh
 49 (2.35)
 50 T₃ freundlich,
 51 (0.29)
 52 T₃2 nein
 53 T₃ (.) (aber/also) so war_s NICH gemeint
 [wahrscheinlich-]
 54 T₃2 [mh_mh] nee des war eher so_n (.) so_n
 SCHLAG ins ge[sicht;]
 55 T₃ [hm_h]m (.) °h des hatten sie
 gar nicht erWARTet bei dem (.) dass des passieren
 könnte?

Diese Sequenz steht ganz am Anfang des Gespräches. Wie in den OPD-Gesprächen üblich, versucht der Therapeut zunächst, den unmittelbaren Anlass für den Klinikaufenthalt bzw. die Vorgeschichte der Patientin zu erfragen. Nach anfänglichem Zögern in den Zeilen 7–9 erzählt die Patientin dann recht flüssig, dass sie bereits in früheren Jahren bei verschiedenen Anlaufstellen Hilfe gesucht hat, seit wann sich die Beschwerden verschlimmert bzw. verändert haben und worin sie bestehen. Lediglich an einem Punkt bleibt die Patientin auffällig vage. Sie deutet an, dass es einen Auslöser für die Veränderung ihrer Situation gegeben hat, die sie bis dato nach eigener Aussage *recht gut gemeistert* hat (Z. 16); der Auslöser selbst wird als *DÄMpfer* (Z. 16) bezeichnet. Die Stelle ist syntaktisch auffällig: Während die vorherigen und nachfolgenden Sequenzen flüssig formuliert sind, kommt es hier im unmittelbaren Vorlauf zu einer Reparatur. Die Formulierung *nach meinem letzten* wird nicht zu Ende geführt, sondern abgebrochen; an ihre Stelle tritt der Einschub *also wo mir noch so_n DÄMpfer gegeben hat*. In diesem Einschub wird der *DÄMpfer* geradezu versteckt und als kleine Zusatzinformation vor dem generellen Hintergrund der Erzählung verpackt. Der *DÄMpfer* wird dadurch wie nebenbei erwähnt; diese strukturelle Einbindung des Ausdrucks konfligiert mit der Kontextualisierung des Ereignisses als letztendlicher Auslöser für ihren derzeitigen Klinikaufenthalt.

Im Anschluss an die Äußerung macht T₃2 eine kurze Pause, schließt dann mit der Verzögerungspartikel *ähm* an und atmet ca. 0.7 Sekunden lang ein. Sie hat Schwierigkeiten, die Folgeäußerung syntaktisch anzubinden; der Teilsatz (*der letzt/jetzt eineinhalb jahre her*) ist ebenfalls als Einschubstruktur realisiert. Das folgende *wo ich dann einfach gemerkt hab* ist zwar kontextuell an die vorangehenden Äußerungen angeschlossen, die syntaktische Einbettung ist aber nicht ganz eindeutig: Die Konjunktion kann sowohl an *nach meinem letzten* in Z. 16 als auch an die Zeitangabe *eineinhalb jahre her* (Z. 19) anknüpfen. Insgesamt wirkt die Passage, als käme T₃2 „ins Schleudern“; ihr ansonsten flüssiger Stil wird hier in auffälliger Weise gebrochen. Zugleich lässt sie offen, was genau vor eineinhalb Jahren passiert ist. Der Hörer kann

dem Gesagten zwar entnehmen, dass hier von einem einschneidenden Erlebnis die Rede ist, es bleibt aber völlig offen, welcher Natur dieses Erlebnis ist.

Der Therapeut lässt die Patientin zunächst ihre Ausführungen zu Ende führen. Als er dann aber in Z. 26 den Turn übernimmt¹⁰, quittiert und ratifiziert er das Gesagte mit einem kurzen Rezeptionssignal, atmet nach einer Mikropause ein und kommt dann unmittelbar auf den *DÄMpfer* zu sprechen: Es wirkt, als habe ihn dieses Wort während der gesamten Erzählung der Patientin sozusagen gejackt, so dass er nun bei der ersten Gelegenheit darauf zurückkommt. Aus der ganzen Erzählung der Patientin ist der *DÄMpfer* dasjenige, woran er sofort anknüpft.¹¹ Daraus lässt sich schließen, dass auch ihm der Ausdruck aufgefallen ist und er das als *DÄMpfer* bezeichnete Erlebnis für wichtig hält. Die geschilderte markierte Formulierungsweise der Patientin hält ihn dazu an, dem Thema unmittelbar nachzugehen.

T₃2 berichtet dann davon, wie sie von ihrem Lebensgefährten verlassen wurde. Sie schildert das Ereignis recht drastisch als ganz plötzliches Verlassenwerden, nachdem bereits gemeinsame Zukunftspläne geschmiedet worden waren. Zum einen handelt es sich hier also um eine der Schlüsselstellen in der Biographie der Patientin, zum anderen lässt sich an diesem Ereignis Material zu ihrem Beziehungsverhalten erarbeiten, eine der Achsen in der OPD und wichtiger Bestandteil des Diagnose-Gesprächs. In den folgenden Sequenzen sprechen T₃ und T₃2 dementsprechend auch über diese und vorherige Beziehungen. Der Therapeut kann auf diese Weise die Beziehungsstruktur der Patientin abfragen. Es hat sich für T₃ also durchaus ‚gelohnt‘, dem Hinweis der Patientin nachzugehen: Auf diese Weise kann er diagnostisch relevante Themen bearbeiten und sich dabei aber von der Patientin leiten lassen. Die Patientin wiederum gewinnt auf diese Weise an Handlungsmacht im Gespräch: Sie kann hier indirekt Einfluss auf die Richtung und die Dynamik des Gespräches nehmen.

Hier geht also der Therapeut schon ganz am Anfang des Gespräches auf einen Aspekt ein, den die Patientin ins Spiel bringt. Das Gespräch bewegt sich so relativ schnell weg von der Eröffnungsphase hin zur Beziehungsexploration und schreitet so schneller voran als die meisten anderen Gespräche.¹² T₃ geht in Reaktion auf

¹⁰ Interessant ist auch, dass T₃2 ihre Erzählung hier durch das Wörtchen *hilfe* sozusagen klammert und damit strukturiert: Die erste Klammer steht in Z. 9 (*ähm (.) hilfe hatte ich mir schon vor sechs JAHren gesucht*), die zweite Klammer schließt in Z. 25 mit den Worten *jetzt brauch ich doch irgendwie (.) hilfe* die Erzählung ab und signalisiert T₃, dass er den Turn übernehmen kann.

¹¹ Zu diesem Gespräch existiert ein Recall-Gespräch des beteiligten Therapeuten T₃ mit dem Sprachwissenschaftler Thomas Spranz-Fogasy (siehe auch Kap. 2.3). In diesem Gespräch schlägt der Therapeut ein späteres Aufgreifen der Thematik als angemessen vor; er reagiert selbst überrascht auf die Tatsache, dass der *DÄMpfer* das erste ist, wonach er im Anschluss an den Bericht der Patientin fragt. In seiner Erinnerung kommt er erst später auf dieses Thema zurück. Hier scheint eine Diskrepanz zu bestehen zwischen theoretisch als angemessen erachteten Verfahren der Gesprächsführung und der Dynamik, die in einem konkreten Gespräch tatsächlich entsteht.

¹² In dem erwähnten Recall-Gespräch berichtet der Therapeut auch, dieses Gespräch als besonders intensiv in Erinnerung zu haben: Die Patientin habe sich sehr schnell in gefährdende Räume bewegt und dem Gespräch damit eine große Dynamik gegeben.

die vage Äußerung der Patientin direkt in medias res. Indem T₃2 ihre Äußerung zum einen semantisch unterspezifiziert und zum anderen durch Verzögerungen, Formulierungsschwierigkeiten und ihre Einschubstruktur markiert, veranlasst sie den Therapeuten dazu, direkt nachzufragen und andere Aspekte der Diagnostik zunächst zu vernachlässigen.

Wenn es Patienten also gelingt, Themen zu setzen, so liegt dem sicherlich in den meisten Fällen keine Strategie zugrunde; so auch hier. Stattdessen dürften die Therapeuten an Stellen, an denen die Patienten etwas merklich nicht ausdifferenzieren, größere Problematiken, vielleicht gar Schlüsselstellen vermuten und nachfragen. Mit dem Label Themensetzungsvorhaben ist also weniger eine Strategie der Patienten gemeint als vielmehr eine Dynamik, die sich im Gesprächsgeschehen entfaltet: Indem die Patienten – aus welchen Gründen auch immer – etwas semantisch unterspezifizieren, und zwar so, dass die Therapeuten das Fehlende nicht implizieren können, veranlassen sie diese wiederum dazu, näher nachzufragen und lenken das Gespräch damit auf genau jene Aspekte, die zunächst vage formuliert wurden. Das vage Sprechen fungiert in diesem Zusammenhang als Möglichkeit für die Patienten, Themen zu setzen bzw. auf wichtige Punkte aufmerksam zu machen, ohne dabei die Handlungshoheit der Therapeuten, die in diesen Gesprächen besteht, zu gefährden.

5.3 Therapeutenreaktionen

Vages Sprechen wurde in dieser Arbeit definiert als semantische Unterspezifizierung, die sich nicht mittels einer – konventionalen oder konversationellen – Implikatur auflösen lässt und die dadurch eine Verstehensproblematik aufwirft. Diese Verstehensproblematik gilt es am konversationellen Geschehen nachzuweisen. Da wir vages Sprechen in den Äußerungen der Patienten untersucht haben, sind es in aller Regel die Reaktionen der Therapeuten auf solche Äußerungen, an denen Schwierigkeiten im Verstehen bemerkbar werden (vgl. Schegloff 1992: 1300).

In den vorangegangenen Beispielen wurde jeweils für jeden Einzelfall kurz skizziert, woran sich diese Schwierigkeiten festmachen lassen. Im Folgenden möchten wir den Reaktionen der Therapeuten einen eigenen Raum geben und sie systematisch untersuchen. Dabei geht es insbesondere um eine systematische Beschreibung der verschiedenen Strategien der Therapeuten, auf vage Äußerungen der Patienten zu reagieren.

5.3.1 Unmittelbares Nachfragen

Die häufigste Art der Therapeuten, auf vages Sprechen zu reagieren, ist, unmittelbar – also nach Ende des Turns des Patienten – nachzufragen und eine Spezifikation zu erbitten, wie in Datum 3: Hier lässt T₃ die Patientin ihren Turn zu Ende formulieren,

um dann in zweiter Position sein Nicht-Verstehen zu dokumentieren und näher nachzufragen. Ich gebe die Stelle noch einmal wieder:

Datum 8: solche dinge

01 T₃2 °h grade in n (.) dieser kurzen zeit mit (.)
 sechzehn bis NEUNzehn;
 02 (0.35)
 03 T₃ hm_hm;
 04 T₃2 sin ja NUR °hh
 05 (0.33)
 06 T₃2 (NUR) solche dinge passiert;
 07 T₃ hm_hm,
 08 T₃2 °hh (un) man hat gar keine KRAFT <<mit
 weinerlicher Stimme> (außer verzweifelt irgendwie
 alles zu) >
 09 T₃ hm_hm,
 10 (0.54)
 11 T₃2 mit KLARzukommen;
 12 (0.32)
 13 T₃ ((schnalzt)) was is denn NOCH passiert in der
 zeit-
 14 (0.78)
 15 T₃2 EIniges;

Die Äußerung der Patientin kann als Themensetzungsvorschlag gedeutet werden: Sie formuliert dreimal vage (*schlimme sachen*, nicht in diesem Ausschnitt, vgl. dazu Datum 3; *solche dinge*, Z. 6; *EIniges*, Z. 15), wobei letzteres bereits die Elaboration der angedeuteten Ereignisse einleitet. Die vagen Äußerungen sind darüber hinaus markiert durch das zweimalige betonte *NUR* (Z. 4 und 6), das die Ausschließlichkeit der Ereignisse herausstellt und mit der eigenen Schwäche (*man hat gar keine KRAFT*, Z. 8) kontrastiert wird.

Der Therapeut wartet hier das Ende des Turns der Patientin ab, bevor er am nächsten übergaberelevanten Punkt in Z. 13 unmittelbar um Spezifikation bittet (ohne beispielsweise das von der Patientin bis dato Gesagte zu ratifizieren o. Ä.). Er geht damit zugleich auf ihren Themensetzungsvorschlag ein. Dementsprechend folgt im Nachlauf der Sequenz eine Aufzählung der Ereignisse, der Themensetzungsvorschlag ist gelungen.

Phänomenologisch handelt es sich bei der Nachfrage des T₃ um eine W-Frage, gleichzeitig greift sie Formulierungen der Patientin (*in n (.) dieser kurzen zeit*, Z. 1 sowie *solche dinge passiert*, Z. 6) wieder auf und schließt damit ausdrucksseitig eng an ihre Äußerung an.

Solche Spezifizierungsfragen sind die häufigste Form der Reaktion auf vages Sprechen, wir finden sie auch in Datum 4, einem Gespräch zwischen T₂ und T₂4, aus dem ein kleinerer Ausschnitt noch einmal wiedergegeben werden soll:

Datum 9: arbeitslosigkeit

01 T₂4 ((schnalzt)) (.) ja und da des halt jetzt dieses
körperliche:: dann [dazu] KAM °hh (.) ähm

02 T₂ [hm_hm]

03 (1.15)

04 T₂4 PLUS (.) dann meine darauffolgende
arbeitslosigkeit

05 T₂ hm_hm

06 T₂4 °hhh (.) äh hab ich einfach gsacht ich (.) etzt
(.) ich zieh des etz [durch]

07 T₂ [hm_hm] was (.) heißt
darauf (.) aus (.) folgende arbeitslosigkeit
sie sind deshalb (.) ARbeitslos wegen (.)
((schnalzt))

08 T₂4 n:::ei::n:: äh sondern äh dieser äh damalige chef
[also let]ztes jahr des hat während der arbeit
dort

09 T₂ [hm_hm]

10 T₂4 noch [angefan]gen °hh (.) ähm der hat halt
furchtbar

11 T₂ [hm_hm]

12 T₂4 geschrien h°

13 T₂ hm[_hm]

14 T₂4 [also] des war so richtig LAUT un mit
unheimlich viel DRUCK [h°] h° (.) ähm (.) und
ich konnt mich da au

15 T₂ [hm_hm]

16 (0.67)

17 T₂4 in keinster art und [weise ein]fach

18 T₂ [hm_hm]

19 (1.15)

20 T₂4 zur wehr set[zen weder] äh verbal [noch SONSTwie
°hh]

21 T₂ [hm_hm] [hm_hm(.)hm hm
hm hm]

Die vage Äußerung der Patientin, *meine darauffolgende arbeitslosigkeit*, ist ebenfalls vielfach markiert: prosodisch durch Lautdehnungen und Verzögerungen, lexikalisch durch das betonte *PLUS*, mit dem sie eine zusätzlichen Erklärung für ihren Klinikaufenthalt projiziert. Die *arbeitslosigkeit* wird eingeführt als sei sie bereits bekannt (siehe oben Kap. 5.1.2), auch dadurch entsteht eine Markierung der Äußerung. Da sich durch das Einbringen dieses Aspektes auch eine Verschiebung in der aktuellen Thematik des Gespräches von den Symptomen und der Therapiegeschichte der Patientin hin zu ihrer beruflichen Situation zur Zeit des Auftretens ihrer somatischen Beschwerden ergibt, lässt sich auch hier von einem Themensetzungsversuch sprechen.

Auch hier nutzt der Therapeut einen übergaberelevanten Punkt, um in Z. 7 unmittelbar auf die problematische Äußerung der Patientin zu sprechen zu kommen.

An dieser Stelle kommt es sogar zu einer Überlappung, T₂ wartet also das Ende der Äußerung der Patientin nicht ganz ab, bevor er seine Nachfrage stellt. Dies ist insbesondere bedeutsam im Hinblick auf die Verstehensproblematik, die hier besonders immanent zu sein scheint: Indem der Therapeut so eng an die Äußerung der Patientin anschließt, sichert er sich das Rederecht, bevor T₂4 (die in diesem Gespräch sehr viel Redezeit beansprucht) möglicherweise noch auf andere Aspekte zu sprechen kommt und kann seine Nachfrage so sofort stellen. Durch diesen schnellen Anschluss wird die Notwendigkeit deutlich, die Unklarheit sofort aufzuheben und das Verstehen zu sichern.

Auch hier greift T₂ die Formulierung der Patientin auf und bindet diese in seine W-Frage ein. Konkret verarbeitet er genau diejenigen Teile ihrer Äußerung, die als problematisch eingestuft wurden. Dabei führt er ihre Äußerung zugleich weiter und dokumentiert ein konkretes Nicht-Verstehen, indem er zwei alternative Interpretationen ihrer Aussage anbietet: Er repariert *darauf* zu *aus* und impliziert dadurch neben einem temporalen Zusammenhang zwischen der Arbeitslosigkeit und dem unbekanntem X auch einen kausalen. Im Anschluss an diese W-Frage stellt T₂ hier zusätzlich eine Deklarativsatzfrage (*sie sind deshalb (.) ARbeitslos wegen (.) ((schnalzt))*), mittels der er wiederum eine Interpretation der Äußerung der Patientin anbietet und einen kausalen Zusammenhang postuliert, der sich aber ebenfalls nicht ganz auflösen lässt, wie am Abbruch der Formulierung deutlich wird.

Die gesamte Äußerung des Therapeuten ist fragend intoniert, zudem ist sie gekennzeichnet durch viele kleine Pausen, die T₂ offenbar als Formulierungspausen braucht. Diese paraverbalen Merkmale der Äußerung lassen T₂ zusätzlich verwirrt wirken; auch auf dieser Ebene dokumentiert der Therapeut sein Nicht-Verstehen.

Damit sehen wir hier in der unmittelbar an die Äußerung der Patientin angeschlossenen Nachfrage eine dreifache Dokumentation von Nicht-Verstehen: sequenziell durch den sehr schnellen, überlappenden Anschluss, der T₂ hier das Rederecht sichert; auf verbaler Ebene durch die W-Frage, die die problematischen Teile der Äußerung der Patientin wieder aufgreift und durch die Deklarativsatzfrage, die die Äußerung außerdem interpretativ fortführt; sowie auf paraverbaler Ebene durch Frage-Intonation und Pausen.

Unmittelbare Nachfragen der Therapeuten greifen also häufig sprachliches Material aus der Patientenäußerung wieder auf und verarbeiten es. Auf diese Weise schließen die Therapeuten ihre Fragen an die Patientenäußerungen an und stellen so z. T. die problematischen Teile der Patientenäußerungen heraus. Unmittelbare Nachfragen stehen häufig, aber nicht immer in Verbindung mit Themensetzungsversuchen und ermöglichen ggf. eine Verschiebung der aktuellen Thematik. Formal sind Deklarativsatz- ebenso wie W-Fragen möglich. Nicht-Verstehen manifestiert sich dabei aber häufig nicht nur in der Frage selbst, sondern auch in anderen Elementen. Neben der sequenziellen und der paraverbalen Ebene wie im obigen Beispiel existie-

ren natürlich auch gestische und mimische Dokumentationen von Nicht-Verstehen. In jedem Fall handelt es sich um multidimensionale Phänomene.

5.3.2 Mittelbares Nachfragen

Nicht immer fragen Therapeuten unmittelbar am Ende der Äußerung der Patienten nach. Gelegentlich verfolgen sie zunächst andere Aspekte, bevor sie auf einen vage geäußerten Aspekt zurückkommen. Dabei sehen wir, dass die Therapeuten auch hier häufig Formulierungen der Patienten in ihren Fragen wieder aufgreifen. So z. B. in dem Gespräch zwischen T₂ und T₂1 in Datum 6, wo T₂1 ein schwieriges Thema zwischen ihm und seiner Partnerin schildert. T₂1 beschreibt es als *n n gütliches aber trotzdem sehr schwieriges thema*, das für *sehr viel verzweiflung* sorgt. In den folgenden Sequenzen geht es in dem Gespräch zum einen weiter um die Symptomatik der Essstörung sowie um die Frage, wie seine Partnerin mit der Situation umgeht. Etwa sechs Minuten, nachdem T₂1 das erste Mal von dem *problemthema* gesprochen hat, kommt T₂ im Zusammenhang mit der Qualität der Beziehung darauf zurück:

Datum 10: problemthema

01 T₂1 a[also meine be]ziehung isch ähm für mich
 02 T₂ [hm_hm]
 03 T₂1 ne große stü[tze]
 04 T₂ [hm]_hm
 05 (0.9)
 06 T₂ wie alt sind sie?
 07 T₂1 ((schnalzt)) ich werd_s einun siebenundzwanzig
 08 T₂ sieben[undzwanzig]
 09 T₂1 [hm im] januar
 10 T₂ hm_hm
 11 (0.32)
 12 T₂ und sie sind schon fünf jahre zusammen haben
 schon richtig viel miteinander erlebt
 13 T₂1 (.) wir wohnen seit vier jahren auch schon
 zusa[mmen]
 14 T₂ [aha]
 15 (0.46)
 16 T₂ °h was
 17 (0.33)
 18 T₂ ähm
 19 (0.25)
 20 T₂ was ist denn so_n thema was sie verzweifelt macht
 beide?
 21 (0.57)
 22 T₂ wo sie nich weiter kommen mitnander?
 23 (0.37)
 24 T₂1 ähm
 25 (1.01)
 26 T₂1 °h das sehr schwierig weil das ähm

27 (0.48)
 28 T₂1 die die intimsphäre meiner partner[in eigentlich
 schon]
 29 T₂ [ja
]
 30 T₂1 verletzt und (.) °h das is_n n thema in in
 hinsicht (nich) der sexuali[tät]
 31 T₂ [hm]_hm
 32 (0.41)
 33 T₂ verstehe

Obwohl T₂1 in den vorhergehenden Sequenzen wiederholt von einem bestimmten Thema gesprochen hat, das für Probleme zwischen ihm und seiner Partnerin sorgt, greift T₂ die Thematik hier mit der Unbestimmtheit signalisierenden Partikel *so* und einem Indefinitpronomen auf (*so_n*, Z. 20). Betrachtet man die Äußerung isoliert, so formuliert T₂ hier eine Einladung an den Patienten, von irgendeinem aus einer unbestimmten Menge von Problemen zu berichten. Wir können also entweder davon ausgehen, (1) dass er vergessen hat, dass es sich um ein bestimmtes Thema handelt, (2) dass er T₂1 die Gelegenheit geben möchte, auch etwas anderes aufzugreifen oder (3) dass er auf diese Weise versucht, vorsichtig auf das Thema zuzugehen; eine direkte Frage nach ‚dem‘ Problemthema scheint ihm möglicherweise zu offensiv.

Sequenziell ist interessant, dass T₂ zunächst bei der Symptomatik der Essstörung bleibt und diesen Komplex bearbeitet, bevor er nach und nach zur Beziehung zwischen T₂1 und seiner Freundin überleitet; wir können hier davon ausgehen, dass es für T₂ wichtig ist, zunächst den Komplex der Beschwerdenexploration abzuschließen, bevor er zur Beziehungsthematik übergehen kann. Da die verschiedenen Aspekte nur sequenziell abgearbeitet werden können, müssen die Therapeuten immer entscheiden, ob sie bereits zum nächsten Punkt übergehen können oder nicht. Es ist davon auszugehen, dass die Verzögerung im Eingehen auf das *problemthema* darauf zurückzuführen ist, dass er zunächst eine Thematik abschließen will, bevor er zum nächsten Punkt übergehen kann.¹³ Wenn also Therapeuten auf vages Sprechen nicht sofort, sondern erst nach einigen Minuten eingehen, so verfolgen sie möglicherweise eine bestimmte Agenda, möchten also auf einem bestimmten Thema beharren, um es im Sinne der OPD-2 ausreichend zu bearbeiten, bevor sie zu einem anderen Aspekt überleiten können.

Dieses Phänomen lässt sich auch im folgenden Gesprächsausschnitt beobachten, wo der Therapeut T₁ und der Patient T₁3 die Symptomatik der Depression des Patienten erörtern. Dieser hat im Vorlauf des folgenden Ausschnittes berichtet, er sei

¹³ Im Recall-Gespräch zu dem Gespräch mit T₃2 berichtet T₃, dass er versucht, sich Fragezeichen, die bei ihm hinsichtlich der Äußerung eines Patienten entstehen, zu merken und bei Gelegenheit darauf zurückzukommen bzw. dass er darauf hofft, dass die entsprechenden Punkte wieder auftauchen: Was relevant sei, werde sich wahrscheinlich mehrfach zeigen. Direkt nachzufragen biete sich dagegen z. B. dort an, wo man fürchten müsse, dass etwas verloren gehe.

zwar zu *FEI*ge dazu mich umzubringen, er hätte aber *nix dagegen wenn misch n EL ka we überfahren würde*. T₁ fragt dann nach Episoden in seinem Leben, in denen es ihm besser ging:

Datum 11: SCHEINbeziehung

01 T₁ ((schmatzt)) und !DAS! ist jetzt so_n
grundlebensgefühl die letzten jahre;

02 T₁₃ ja-

03 (0.71)

04 T₁ und_s gab nich mal irgendwann zwischendurch so
ne zeit und wenn nur kurz wo sie gemerkt ham da
gibt_s noch was andres und eigentlich möchten
sie_s DOCH (.) gern?

05 T₁₃ äh des war eigentlich so:: zwotauschendFÜNF s
letzte mal wo ich dann

06 (0.54)

07 T₁₃ die letzte SCHEINbeziehung hatte; sag mer ma SO,

08 (0.25)

09 T₁₃ h° ((schnieft))

10 (0.33)

11 T₁ okay,

12 (0.21)

13 T₁ °hhh weil sie eben äh so z zu zu FEI:ge? das
klingt ja

14 (0.66)

15 T₁ so ((schluckt)) °hh (.) wie so ne art

16 (0.28)

17 T₁ SELBSteinschätzung-

18 (0.39)

19 T₁ (was sie) (.) +++ ähm ham sie eigentlich (.)
irgendwelche ÄNGste oder; (.) DINGe wo sie sagen
des is irgendwie

20 (0.33)

21 T₁ se:hr hinderlich oder (.) stärkere ängste als
ANdre menschen die haben in bestimmten bereichen
°h

22 T₁₃ ähm: nee vielleicht is: (.) feige auch des
falsche WORT

...

23 T₁ ((schmatzt)) also es gibt jetzt NICHT
irgendwelche speziellen ängste °hhh die sie im
alltag beHINdern oder so das kann das kann ja
manchmal noch daZU kommen;

24 T₁₃ ähm ne[e]

25 T₁ [o]der so PAnikzustände oder sowas?

26 T₁₃ ähm <<pfeifend> hh° > nee

27 T₁ nö (.) ja (.) es: (.) MUSS nich sein ne? nur es
is wichtig weil wenn DAS auch noch dazu kommt das
machts au nomal

28 (0.27)

29 T₁ zusätzlich schwer [(.)] °h [°hh]

30 T₁3 [isch äh] [(is halt) äh]
31 (1.42)
32 T₁3 nja äh (.) beZIEHUNG
33 (0.46)
34 T₁3 kommt ja irgendwie nimmer in FRAGE un: so dann
35 (0.88)
36 T₁3 ja (.) wenn ich (schon) weider auf der welt
bleib h° äh (.) dann halt alleINE irgendwann
zu sterben; °h isch mein jeder stirbt [für sich
alleINE aber-]
37 T₁ [(atmet ca. 1.3 Sek.
lang ein))] °h ((schmatzt)) °h
38 (0.36)
39 T₁3 [des KÖNNde man vielleischt noch so als angst
bezeichnen ähm:f]
40 T₁ [ja ((atmet ca. 3 Sek. lang aus))
]
41 T₁3 alleine ALT werden.
42 T₁ okay (.) ((atmet ca. 1.3 Sek lang ein))
43 (0.41)
44 T₁ ja jetzt ham sie das (.) mit den beziehungen ja
öfter erwÄHNT und [und grad das le]tzte (.) so
45 T₁3 [°hhh]
46 (0.41)
47 T₁ n bisschen h°
48 (2.16)
49 T₁ sarKASTisch oder so gesacht eine SCHEINbeziehung,
50 (0.6)
51 T₁ was WAR das damals (.) zweitausendfünf?
52 (0.35)
53 T₁3 ja SCHEINbeziehung sag isch halt weil:
54 (1.5)
55 T₁3 im ENDeffekt is alles immer nu:r
56 (0.21)
57 T₁3 auf verARSCHe rausgelaufen ähm dass: (.) dass
isch ausgenommen wurde isch [nur] (.) °hh
58 T₁ [ja]
59 T₁3 an der NAsE rumgeführt wurde-

T₁3 nennt hier als ein Beispiel für eine Phase, in der es ihm besser ging, die Periode einer *SCHEINbeziehung*. Der Ausdruck trägt den Satzakkzent, die Hecke *sag mer ma so* zeigt an, dass der Patient den Ausdruck nicht wörtlich verstanden wissen will, aber auch keine ‚besseren‘ Worte dafür hat (vgl. Schwitalla 2006: 155). Die damalige Beziehung wird so als irregulär markiert, die Irregularität selbst aber nicht vollends aufgelöst (vgl. Müller 1984: 129). Das Schniefen nach einer kurzen Pause markiert hier in Kombination mit der leicht fallenden Intonation der Äußerung in Z. 7 eher das Ende des Turns: Der Patient ist nicht willens, die *SCHEINbeziehung* von sich aus zu konkretisieren, T₁ ist aufgefordert zu übernehmen. Dessen *okay* in Z. 11 ist leicht steigend intoniert und signalisiert eher Verwirrung; er scheint nicht recht zu wissen,

wie er auf diese Äußerung reagieren kann.

Die folgende Äußerung bindet er dann ausdrucksseitig an eine vorangegangene Äußerung des Patienten zurück, in der sich dieser als *zu FEIge* zum Selbstmord bezeichnet hat. Der Therapeut greift diese Formulierung in Z. 13 auf und interpretiert sie in Z. 15/17 als *so ne art (o.28) SELBSteinschätzung*; nach einer kurzen Pause fragt er dann aber nach Ängsten, versucht also die Symptomatik der Depression weiter auszuleuchten. Dabei fallen hier in Z. 13, 15 und 19 die vielen Reparaturen, Pausen und Verzögerungssignale ins Auge: Sie deuten auf Planungsprobleme auf Seiten des Therapeuten hin und verstärken den Eindruck, dass T₁ zunächst Schwierigkeiten hat, nach der *SCHEINbeziehung* weiterzumachen.

Der Patient bezieht die Frage des Therapeuten auf die Selbstmordthematik zurück und spricht nach Z. 21 weiter darüber; T₁ kommt in Z. 22 noch einmal auf die Ängste zu sprechen und modifiziert seine Frage in Z. 24, um sein Anliegen deutlicher zu machen. Der Patient ist an dieser Stelle zum dritten Mal aufgefordert, auf die Frage nach Ängsten zu antworten und atmet an dieser Stelle deutlich pfeifend aus, was die Äußerung gereizt wirken lässt. In Z. 26/28 leistet T₁ dementsprechend zusätzlichen Begründungsaufwand, warum er diese Frage stellt und lässt als Erläuterung transparent werden, dass er die Symptomatik der Depression ausleuchtet. Der Patient bemüht sich daraufhin, die Frage angemessen zu beantworten und kommt in diesem Zusammenhang erneut auf das Thema *beZIEHUNG* zu sprechen. T₁ ratifiziert dann in Z. 41 die Äußerung des Patienten mit *okay* und schließt damit zugleich den Themenkomplex der Symptomatik ab; er eröffnet mittels der Partikel *ja* ein neues Feld und leitet metakommunikativ dazu über, indem er vorausgegangene Formulierungen des Patienten aufgreift und die *SCHEINbeziehung* sowohl zitiert als auch kommentiert (*sarKASTisch oder so*, Z. 48). Er bringt damit diesen Aspekt ins Spiel und macht zugleich deutlich, dass er damit auf Angebote des Patienten eingeht. Außerdem betreibt T₁ an dieser Stelle auch eine umfangreiche Verstehensdokumentation, indem er zitiert, was T_{1,3} in den vorangegangenen Sequenzen wie gesagt hat; er bindet seinen Themenwechsel damit an Vorangegangenes an. Zugleich kann er auf diese Weise deutlich machen, dass er dem Patienten genau zugehört und seine Angebote durchaus verstanden hat. Die etwas prekäre Situation, die durch das Beharren auf den Ängsten entstanden ist, wird dadurch entschärft.

An dieser Stelle wird der zugrundeliegende Prozess dieser Gespräche an der Oberfläche sichtbar: Während T_{1,3} auch schon vorher wiederholt auf seine (unglücklichen) Beziehungen zu sprechen kam, beharrte T₁ so lange auf anderen Themen, wie es ihm sinnvoll und wichtig erschien; nun, wo er einen Komplex abgeschlossen hat, kann er das Feld der Beziehungen bearbeiten. Wir sehen daran zweierlei: zum einen die sequenzielle Organisation der Gespräche, die eben nur eine temporal gegliederte, step-by-step-Bearbeitung von Themen erlaubt; zum anderen das Rollengefüge in den Gesprächen: Während T_{1,3} Angebote machen kann, hat letztlich der Therapeut

aufgrund seines professionellen Hintergrundes und seiner institutionellen Funktion die Entscheidungsgewalt darüber, welche Themen wann bearbeitet werden.

Die Reaktionen der Therapeuten auf vage Patientenäußerungen sind vor diesem Hintergrund zu sehen: Nicht immer können sie unmittelbar auf ein Angebot der Patienten eingehen. Gleichzeitig sehen wir an diesem Transkriptausschnitt auch, dass die Therapeuten ggf. großen Formulierungsaufwand leisten müssen, um bei einem Thema zu bleiben, wenn die Patienten sehr starke Angebote machen (wie hier, wo der Patient T₃ in Z. 7–9 das Ende seines Turns deutlich macht und T₁ eigentlich aufgefordert ist, darauf zu reagieren). Die Therapeuten können Angebote der Patienten verschieben, aber nicht immer bleibt es ohne interaktive Folgen, wenn sie es tun. Daran wird auch deutlich, dass die Patienten durchaus große Gestaltungsmacht im Gespräch haben: Starke Angebote können von den Therapeuten letztlich kaum ignoriert werden.

5.3.3 Spezifikationsangebot

Eine dritte Möglichkeit für Therapeuten, auf vage Patientenäußerungen zu reagieren, ist, von sich aus ein Spezifikationsangebot zu machen. Dies lässt sich vor allem dort beobachten, wo die Patienten ein unangenehmes Thema anschneiden. Ein Beispiel ist Datum 2, in dem der Patient T₃1 von der Atmosphäre im Elternhaus berichtet. Wir wollen den Datensatz hier noch einmal anführen:

Datum 12: körperliche Nähe

```

01 T3 degree h wie war denn so die atmosphäre
02 (0.5)
03 T3 in der sie aufgewachsen sind
04 (0.96)
05 T3 zu HAUse;
06 (0.33)
07 T3 wovon war die gePRÄGT?
08 (0.94)
09 T3 °h (.) wie hat sich_s ANgeföhlt?
10 (0.59)
11 T31 ähm:
12 (2.9)
13 T31 ähm
14 (2.93)
15 T31 es war irgendwie immer so dass (.) äh
16 (0.3)
17 T31 °h dass ne spannung da war du:rch die
    streitigkeiten die ich mit meinem bruder hatte
    [oder die st]reitigkeiten
18 T3 [hm_hm ]
19 T31 mit meinem vater (.) °hh
20 (0.3)
21 T31 und (.) häh

```

22 (0.65)
 23 T₃1 dadurch entstanden halt auch wieder
 streitigkeiten von meinen eltern (.) miteinander
 24 (0.2)
 25 T₃ hm;
 26 (1.96)
 27 T₃1 dann (.) was (.) was ich jetzt auch
 28 (0.66)
 29 T₃1 in den letzten wochen
 30 (0.73)
 31 T₃1 so (.) mir durch den kopf gehen gelassen (.) hab
 was ich mich auch belastet haben könnte °hh ist
 dass ich eigentlich nie so mitbekommen hab dass
 meine eltern sich körperlich NAhe waren (.) s[ie]
 32 T₃ [hm]
 33 (0.2)
 34 T₃1 ja
 35 (1.8)
 36 T₃ das heißt so umarmen oder (.) schmusen oder so
 was
 37 T₃1 genau (.) ja
 38 T₃ haben die NICH
 39 T₃1 (.) nee
 40 T₃ wirklich gemacht (.) oder selten oder,
 41 T₃1 ja (.) eigentlich
 42 (0.69)
 43 T₃1 kann ich mich nich (.) [äh of]t dran erinnern °hh
 dass
 44 T₃ [hm]
 45 T₃1 ich mal gesehen hab dass:: irgend sowas
 stattgefunden hat

Die Äußerung des Patienten in Z. 31 wird ab Z. 27 vorbereitet; viele Pausen und Mikropausen deuten auf Planungsprobleme hin, zudem werden von T₃1 in Z. 27 und 31 zwei Einschübe formuliert (*was ich jetzt auch... mir durch den kopf gehen gelassen (.) hab* und *was ich mich auch belastet haben könnte*). Die Äußerungseinheit *dass meine eltern sich körperlich NAhe waren* ist als Nebensatz einer Nebensatzstruktur realisiert. Die Stelle ist syntaktisch komplex, zugleich findet sich vor der entscheidenden Äußerungseinheit *körperlich NAhe* ein ungemein großer formulierungstechnischer Vorlauf. Insbesondere durch die Einschübe entsteht der Eindruck, als wolle T₃1 die Formulierung der Äußerungseinheit hinauszögern. Im Anschluss an die Äußerung deutet der Patient zunächst mit *sie* an, dass sein Turn noch nicht zu Ende ist, um nach einer kleinen Pause doch mit *ja* abzuschließen (Z. 34).

Insgesamt macht es den Eindruck, als habe sich der Patient seine Äußerung regelrecht abringen müssen. Zudem bleibt seine Formulierung *körperlich NAhe* unkonkret und hinsichtlich der Fragestellung – nämlich die Atmosphäre im Elternhaus – zu allgemein. Nach 1.8 Sekunden Pause übernimmt denn auch der Therapeut den

Turn und macht dem Patienten, der offensichtlich schon Schwierigkeiten bei der Formulierung seiner Information hatte, ein Spezifikationsangebot. Er bietet T₃1 zwei konkrete Ausprägungsformen körperlicher Nähe an (*so umarmen oder (.) schmusen*, Z. 36), die von T₃1 unmittelbar ratifiziert werden; im Anschluss macht der Therapeut darüber hinaus Angebote hinsichtlich der Häufigkeit und fordert mittels des Konnektors *oder* am Ende seiner Äußerung gleichzeitig dazu auf, auch in dieser Hinsicht zu konkretisieren (Z. 40). Die so entstandene konditionelle Relevanz wird von T₃1 in der nächsten Äußerung auch eingelöst: Er verneint, je gesehen zu haben, *dass:: irgend sowas stattgefunden hat* (Z. 45).

Die Äußerung des Therapeuten ist als Frage intoniert, insofern handelt es sich hier um eine Deklarativsatzfrage. Allerdings wird hier nicht – wie in den obigen Beispielen – sprachliches Material aus der Äußerung des Patienten aufgegriffen und weiterverarbeitet, sondern der Therapeut bringt in seiner Frage neue Aspekte bzw. Interpretationen der Patientenäußerung in die Interaktion ein. Solche Deklarativsatzfragen dokumentieren, wie der Therapeut die Äußerung des Patienten verstanden hat (Spranz-Fogasy 2010¹⁴: 67). Gleichzeitig ist der Therapeut darauf angewiesen, dass der Patient diese Interpretation kommentiert, also entweder als korrekt einstuft oder seine eigene Äußerung noch einmal repariert.

Insofern lässt sich hier auch von einer fremdinitiitierten Reparatur sprechen. Auf die problematische Äußerung des Patienten hin fordert der Therapeut eine Reparatur derselben ein, indem er selbst die Äußerung fragend ergänzt. Auf diese Weise dokumentiert der Therapeut, wie er die Äußerung des Patienten verstanden hat und versucht, dieses Verständnis vom Patienten prüfen zu lassen (Kitzinger 2013: 249). Der Verstehensversuch beinhaltet darüber hinaus eine Interpretation des vorherigen problematischen Turns (Egbert 2009: 101).

Solche fremdinitiitierten Reparaturen treten häufig in Verbindung mit interaktionalen Disharmonien auf wie etwa fehlender Blickkontakt, abrupter Themenwechsel oder eine Änderung der Gruppenkonstellation – Störungsfaktoren also, die die Interaktion behindern und zu deren Behebung Reparaturen als geeignete Mittel dienen, um den Fokus auf das Gespräch wiederherzustellen (Egbert 2009: 97). Im vorliegenden Fall allerdings können wir stattdessen beobachten, dass der Therapeut dem Patienten sprachliches Material an die Hand gibt, das dieser zur weiteren Äußerungsproduktion nutzen kann. Die Reparatur dokumentiert damit weniger eine interaktive Disharmonie im Vorlauf als vielmehr den Prozess gemeinsamer Äußerungsproduktion, der hier sichtbar wird. Die beiden Sprecher produzieren das gesuchte Wissen „arbeitsteilig“ (Duden 2009: 1231), indem der Therapeut dem Patienten Vorschläge

¹⁴ Die in diesem Aufsatz untersuchten Deklarativsatzfragen führten das Gespräch auf eine neue thematische Ebene, die Interpretationen der Ärzte trugen zur Progression der jeweiligen Gespräche bei. Nicht so hier: Die Deklarativsatzfrage des Therapeuten dient einfach nur der Konkretisierung der Patientenäußerung und damit der Verstehenssicherung, ohne das Gespräch auf eine neue thematische Ebene zu führen.

macht und dieser darauf aufbauend die eigene Äußerung den Bedürfnissen des Therapeuten entsprechend konkretisieren kann. Der Therapeut leitet den Patienten an dieser Stelle stärker durch das Gespräch und hilft ihm, das gesuchte Wissen zu verbalisieren und so für den Therapeuten verfügbar zu machen. Derartige Spezifikationsangebote dokumentieren also einen hohen Grad an Kooperativität zwischen den beiden Gesprächspartnern.

5.4 Problemfälle

Vages Sprechen ist grundsätzlich schwer abzugrenzen von anderen Formen semantischer Unterspezifizierung, denn seine phänomenologische Gestalt ist vielfältig. Wir haben bei der Analyse versucht, vages Sprechen durch das Entstehen einer Verstehensproblematik einzugrenzen. Vages Sprechen ist damit als interaktive Kategorie definiert, so dass bei der Analyse sowohl die Patientenäußerung als auch die Reaktion des jeweiligen Therapeuten berücksichtigt werden müssen. Nur aus der Kombination beider Elemente – Patientenäußerung und Therapeutenreaktion – lässt sich nach diesem Verständnis auf vages Sprechen rückschließen.

Vages Sprechen ist damit eine Kategorie, deren Zuweisung eines hohen Grades an Interpretation bedarf. Wir werden an einigen Beispielen die Probleme verdeutlichen, die sich hier ergeben können.

5.4.1 Beachtung der Konversationsmaxime der Quantität

Es gibt Situationen, in denen die Patienten eine Information geben und anschließend von den Therapeuten um eine Spezifizierung gebeten werden. Diese Struktur ist typisch für vages Sprechen. Nicht immer handelt es sich hier aber um vages Sprechen im Sinne unserer Definition: dann nämlich, wenn sich nicht wirklich eine Verstehensproblematik nachweisen lässt. So kann es vorkommen, dass Patienten die Konversationsmaxime der Quantität beachten möchten und ihre Information deshalb in einer für die Therapeuten ungünstigen Weise selektieren. Diese benötigen gelegentlich genauere Informationen, als die Patienten zunächst mitteilen, beispielsweise weil sie aufgrund ihres professionellen Hintergrundes und ihrer institutionellen Funktion bestimmte Aspekte genauer erfahren möchten oder müssen. Solche Informationsbedürfnisse können die Patienten häufig nur schwer antizipieren. Klassischerweise tritt dies etwa dann auf, wenn die Therapeuten etwas anamnestisch abklären möchten oder müssen, was die Patienten für nicht so relevant erachten, wie etwa im folgenden Gesprächsausschnitt:

Datum 13: unterleibsoperation

01 T₁ °h sonst kennen sie solche dinge nicht
 02 (0.26)
 03 T₁ dass es ihnen so (.) schlecht geht dass sie (.)
 nich mehr
 04 (0.47)
 05 T₁ aus_m (.) haus kommen sozusagen oder
 06 (0.7)
 07 T₁₂ doch hatte ich auch schon da (.) muss ich aber
 sagen warns
 08 (0.47)
 09 T₁₂ im NACHhinein
 10 (0.23)
 11 T₁₂ äh sichtbar eher äh KÖRperliche gründe des war
 nach ner °h unterleibsoperation hat sich mein
 12 (0.23)
 13 T₁₂ °h horMON (.) haushalt h° äh nich so
 14 (0.23)
 15 T₁₂ wieder eingependelt wie es (.) °h SOLlte- un
 (.) dann bin ich also in (.) in sehr sehr starke
 de[pressionen]
 16 T₁ [°hh]
 17 (0.2)
 18 T₁ wie (.) [wie alt] waren sie da
 19 T₁₂ [ab]
 20 T₁₂ °h (.) äh des war vor fünfeinhalb jahren da war
 ich fünfunddreißig
 21 T₁ hm_hm
 22 (1.15)
 23 T₁ °hh (.) und unterleibsoperation also (.) weil
 sie_s jetzt erWÄHnen was (.) was WAR da
 24 (0.36)
 25 T₁₂ °h ähm da: wa:r ein tumor am linken EIERstock
 26 T₁ hm_hm
 27 T₁₂ dermoidzyste
 28 T₁ hm_hm
 29 T₁₂ un:d
 30 (0.3)
 31 T₁₂ äh dieser tumor war halt (.) kiwigro:ß (.) also:
 (.) m (.) sehr [sehr] groß
 32 T₁ [°h]
 33 (0.24)
 34 T₁ [is entfernt worden]
 35 T₁₂ [und (.) des heißt also] da: is entfernt worden
 °hh (.) und h° ähm: (.) ja eigentlich hätte
 (.) °h auch der rechte eierstock noch genügend
 produzieren müssen an östrogenen um des ganze
 [°h] so weit am laufen zu
 36 T₁ [ja]
 37 T₁₂ lassen aber aus irgend[welchen gründen] hat er_s
 nich

In den vorangegangenen Sequenzen berichtete die Patientin davon, unter welchen Lebensumständen sie in depressive Phasen geriet und wie sich diese gestalteten. Sie beschreibt die depressiven Phasen als zusammenhängend mit beruflichen Belastungen. Der Therapeut erfragt hier weitere Situationen, in denen entsprechende Symptome auftreten, woraufhin die Patientin hier von einer *unterleibsoperation* (Z. 11) berichtet, die ihren Hormonhaushalt durcheinander gebracht hat und ähnliche Symptome auslöste wie die Depression. Die Patientin versucht hier, die Frage des Therapeuten nach weiteren Situationen, in denen die depressiven Symptome auftreten, angemessen zu beantworten, indem sie darauf hinweist, dass die einzige Situation, in der Depression unabhängig von beruflichen Schwierigkeiten auftrat, durch *KÖRperliche gründe* verursacht wurde. Sie impliziert durch die Phrase *da (.) muss ich aber sagen* (Z. 7) zugleich auch, dass diese Phase den anderen gänzlich unähnlich und mit ihnen nicht vergleichbar ist, dass diese depressive Phase also möglicherweise nicht in den Rahmen dessen fällt, weswegen sie nun therapeutische Behandlung in Anspruch nimmt.

Der Therapeut formuliert seine darauf folgende Nachfrage vorsichtig und entschuldigt sie quasi damit, dass die Patientin das Thema selbst eingebracht hat (*unterleibsoperation also (.) weil sie_s jetzt erWÄHnen*, Z. 23). Er schiebt damit die Verantwortlichkeit für die Behandlung des Themas der Patientin zu und nimmt sich selbst dadurch in Schutz. Daraus wird ersichtlich, dass er selbst die Thematik für delikat und sensibel erachtet. Während der Antworten der Patientin formuliert er zudem wiederholt parallel, möchte also durch die Simultansequenzen (Z. 34, 36 und 38) einen hohen Grad an Kooperativität signalisieren. Der Therapeut scheint hier Konfliktpotential zu wittern. Er versteht seine eigene Frage offenbar als potentiell gefährdend für die Interaktionsbeziehung zwischen ihm und der Patientin und leistet deshalb sowohl während der Frage selbst als auch während der Antwort der Patientin intensive Beziehungsarbeit.

Aus der Phrase *unterleibsoperation also (.) weil sie_s jetzt erWÄHnen* in Z. 23 geht hervor, dass der Therapeut nur nachfragt, weil die Patientin das Thema angeschnitten hat und er deshalb davon ausgehen darf, dass eine weitere Bearbeitung grundsätzlich in Ordnung ist. Er signalisiert hier jedoch kein Problem hinsichtlich des Verstehens ihrer Äußerung. Stattdessen besteht der Therapeut hier auf einer Information, die zu geben für die Patientin potentiell gesichtsbedrohend ist, da sie ihre Körperlichkeit betrifft. T₁ hat möglicherweise eine weiterreichende Agenda, er muss die Krankheitsgeschichte der Patientin anamnestisch abklären. Dafür spielt es hinsichtlich der Bedeutung des geschilderten Eingriffs für die Patientin ggf. durchaus eine Rolle, um welche Art von Erkrankung es sich handelte und welches Körperteil genau betroffen war (vgl. OPD-2: 66). Um die Bedeutung dieser depressiven Phase für die psychische Erkrankung der Patientin abschätzen zu können bzw. um diesen Teil ihrer Biographie angemessen einordnen zu können, sind diese Details für T₁

nicht trivial. Die Patientin hingegen kann diese Relevanz nicht einschätzen. Aus ihrer Perspektive muss der Hinweis auf die *unterleibsoperation* ausreichend sein, da T₁ ja kein Arzt, sondern für die psychische Anamnese zuständig ist. Insofern kann sie annehmen, dass Details einer somatischen Erkrankung für ihn unerheblich sind und vernachlässigt werden können bzw. müssen, um keine Redundanz zu erzeugen. Sie handelt – aus ihrer Perspektive – gemäß der Maxime der Quantität, die es gebietet, nur so viel zu sagen wie nötig; aus Sicht des Therapeuten verletzt sie diese Maxime hier.

An dieser Stelle entsteht also weniger eine Verstehensproblematik hinsichtlich der besprochenen Inhalte und Propositionen als vielmehr ein abweichendes Verständnis der kommunikativen Anforderungen in der Gesprächssituation. Während die Stelle also strukturell durch die Äußerung-Rückfrage-Struktur an vages Sprechen erinnert (der Ausdruck *unterleibsoperation* ließe sich dann als zu allgemein beschreiben), kann sie hier aufgrund der fehlenden Verstehensproblematik dennoch nicht als vages Sprechen kategorisiert werden.

Damit wird zugleich deutlich, dass die Abgrenzung vagen Sprechens von anderen Formen semantischer Unterspezifizierung schwierig ist, insbesondere dann, wenn die Therapeuten Nachfragen stellen und etwas genauer wissen wollen. Nicht immer verbirgt sich hinter dieser Struktur vages Sprechen auf Seiten der Patienten. Eine genaue Betrachtung des interaktiven Geschehens ist in jedem Falle vonnöten.

5.4.2 Fehlende Therapeutenreaktion

Wir haben vages Sprechen am Entstehen interaktiver Konsequenzen festgemacht, also lediglich solche Fälle semantischer Unterspezifizierung als vages Sprechen verstanden, die eine Reaktion des Therapeuten elizitieren. Dabei kann der Therapeut auch erst viele Minuten nach der vagen Äußerung reagieren. Methodisch war dies notwendig, um nicht allein auf Intuition zu vertrauen, sondern am Interaktionsgeschehen zeigen zu können, dass jeweils semantische Lücken entstehen.

Es kommt aber auch vor, dass Patientenäußerungen für uns als Analysierende semantisch unterspezifiziert bleiben, beim Therapeuten aber keine Reaktion hervorrufen. Wir glauben zeigen zu können, dass es sich hier strukturell um vages Sprechen handelt, dass aber die Therapeuten hier kein Interesse haben, die entsprechenden Implikationen zu verfolgen. Welche Motive und Überlegungen therapeutischerseits der fehlenden Reaktion zugrunde liegen, müsste in weiteren Forschungsarbeiten ergründet werden. Wir werden dies an einem Beispiel exemplifizieren, in dem der Patient eine ganze Reihe von Angeboten macht, die – bis auf eines – vom Therapeuten nicht angenommen werden. In dem Gespräch berichtet der Patient T_{1,3} von Selbstmordgedanken und dass er sich nur deshalb nicht umbringe, weil seine Mutter so viel mit ihm durchgemacht habe. Er wolle ihr *DEN letzten schmerz* nicht zufügen.

Der Therapeut möchte daraufhin genaueres über das Verhältnis des Patienten zu seiner Mutter erfahren:

Datum 14: SCHLÄge

01 T₁ was war das was ihre mutter mit ihnen
 02 (0.58)
 03 T₁ DURCHgemacht hat?
 04 (0.66)
 05 T₁₃ ((atmet geräuschvoll aus))
 06 (1.57)
 07 T₁₃ isch: W:AR kein leichtes kind sag mer mal so isch
 08 T₁ hm_hm
 09 T₁₃ °hh
 10 (1.58)
 11 T₁₃ ich hab (.) äh
 12 (1.76)
 13 T₁₃ gemerkt dass ma auch mit
 14 (1.19)
 15 T₁₃ mit mit äh
 16 (0.25)
 17 T₁₃ ja: mit SCHEIße bauen sach ich mal äh
 aufmerksamkeit
 18 (1.15)
 19 T₁₃ erreichen kann,
 20 (0.37)
 21 T₁₃ auch wenn_s dann nur in (.) in form von SCHLÄge
 is-
 22 (1.4)
 23 T₁₃ ((schmatzt)) aber
 24 (0.73)
 25 T₁₃ da war ich dann halt im MITtelpunkt,
 26 (0.52)
 27 T₁₃ weil (.) da war ICH halt des ziel,
 28 T₁₃ ((schnieft))
 29 T₁ °hhh ((schnalzt)) (.) naja:,
 30 (0.65)
 31 T₁₃ weil halt (.) ziemlich viel (.) viel schon in der
 kindheit angestellt (.) dann
 32 (0.2)
 33 T₁₃ °hhh ja (.) diverse AUtounfälle:-
 34 T₁₃ ähm <<pfeifend> hh° >
 35 (0.4)
 36 T₁₃ m HAFTzeit-
 37 (0.41)
 38 T₁₃ °h
 39 (0.47)
 40 T₁₃ ja
 41 (0.46)
 42 T₁₃ WOHNungsbrand-
 43 (1.03)
 44 T₁₃ die ganze: äh SUCHT durchäh wie gsagt war se halt
 (.) dann immer für misch da,

45 (0.66)
 46 T₁₃ ((schnieft))
 47 (0.15)
 48 T₁ ((schmatzt)) haftzeit war WANN?
 49 T₁₃ ((schmatzt)) die wa:r (.) vierundNEUNzig;
 50 (1.05)
 51 T₁ wesWEgen?
 52 (0.53)
 53 T₁₃ äh schwere räuberische erPRESsung und einbruch
 diebstahl (.) °h
 54 T₁ hm_hm;

Das erste, was an dieser Sequenz ins Auge springt, ist die große Zahl von Pausen, die teils auch länger als üblich sind. Längere Pausen sind zwar ein typisches Merkmal von psychotherapeutischen Gesprächen (Wrobel 1990: 241). Während in den meisten anderen Typen von Gesprächen sich Sprecherwechsel in der Regel in Sekundenbruchteilen vollziehen (Linke/Nussbaumer/Portmann 2004: 302), sind Pausen von über einer Sekunde in den OPD-Gesprächen sicherlich häufiger anzutreffen. Sie sind jedoch auch hier nicht unauffällig, insbesondere dann, wenn sie sich – wie im obigen Ausschnitt – an einer Stelle im Gespräch häufen (vgl. Z. 6, 10, 12, 14, 18, 22, 43). Die Stelle wirkt dadurch insgesamt etwas schwerfällig, T₁₃ scheint es nicht leicht zu fallen, über das Thema zu sprechen. Zudem kommt es an keiner Stelle zu einer Überlappung, der Therapeut hält sich mit Rezeptionssignalen zurück.

Eine weitere Auffälligkeit ist der Gebrauch der Hecke *sag mer mal so* (Z. 7) bzw. *sach ich mal* (Z. 17). Die erste markiert die Äußerung *kein leichtes kind* (Z. 7), mit der T₁₃ deutlich zu machen versucht, was für seine Mutter so schwer war und mit der er zugleich sich selbst charakterisiert. Durch diesen Unschärfeindikator zeigt T₁₃ darüber hinaus an, dass die Äußerung nur eine andeutungsweise, keine erschöpfende oder vollends zutreffende Beschreibung darstellt. Die Verantwortlichkeit dafür, zu verstehen, was mit *kein leichtes kind* genau gemeint ist, wird teilweise an das Gegenüber, den Therapeuten, abgegeben (Müller 1984: 128f.). Gleiches gilt für die zweite Äußerung, die durch einen Heckenausdruck respektive Unschärfeindikator markiert wird: Durch *sach ich mal* zeigt der Patient an, dass *SCHEIße bauen* (Z. 17) kein vollends adäquater Ausdruck für das ist, was er in seiner Jugend angestellt hat.¹⁵ Der Patient macht hier deutlich, dass er als Kind und Jugendlicher irgendwie schwierig gewesen sein muss; was genau seine Mutter mit ihm *DURCHgemacht* hat, geht aus seinen Äußerungen aber nicht hervor und wird durch die Heckenausdrücke zusätzlich unscharf gemacht.

T₁₃ wird auch nicht konkreter, wenn er in Z. 31 davon spricht, er habe *viel schon in der kindheit angestellt*; die Auflistung, die dieser Äußerung folgt, konkretisiert

¹⁵ T₁₃ zeigt damit sicherlich auch, dass er sich des umgangssprachlichen, flapsigen (und für die konkrete Kommunikationssituation damit nicht ganz angemessenen) Tons der Äußerung bewusst ist.

sicherlich nicht das *SCHEIße bauen* als Kind, da Autounfälle und Wohnungsbrände in aller Regel nicht von Kindern verursacht werden, und auch zu Haftstrafen werden höchstens Jugendliche verurteilt. Das semantische Angebot, das der Patient mit *kein leichtes kind* und *SCHEIße bauen* macht, wird nicht eingelöst, die semantische Unterspezifizierung nicht aufgehoben. Gleichzeitig fragt der Therapeut aber auch nicht nach; für ihn scheint die gegebene Information ausreichend zu sein, vages Sprechen liegt damit nach unserer Arbeitsdefinition nicht vor.

Aus einem zweiten Grund ist die Stelle zugleich interessant und schwierig. In Z. 21 spricht der Patient davon, er habe sich durch sein schlechtes Verhalten *SCHLÄge* eingehandelt. Es ist das erste (und einzige!) Mal, dass in diesem Gespräch Gewalt in der Kindheit zum Thema wird. Aus der Passage geht aber beispielsweise nicht hervor, von wem die Gewalt ausging – eine Frage, die der gleiche Therapeut in Datum 5 klären lässt. Dort hakt T₁ unmittelbar nach, als T_{1,4} *geWALTerfahrungen* erwähnt und bearbeitet die Thematik sofort. Hier dagegen lässt sich die lange Pause nach der Äußerung und das zögerliche Wiederansetzen von seiten des Patienten als Abwarten auf eine Reaktion des Therapeuten interpretieren. Dieser ergreift jedoch erst nach zwei weiteren Äußerungen des Patienten das Wort; T_{1,3} spricht dann aber selbst weiter, noch bevor T₁ seinen Gedanken formulieren kann.

Interessanterweise führt die Erwähnung der *SCHLÄge* – nachdem eine Turnübernahme durch T₁ in Z. 22 ausbleibt – zu einer kurzen Off-Track-Sequenz (Zeilen 23–27), in der der Patient sich selbst analysiert. Der Patient kehrt erst zum ursprünglichen Thema zurück, nachdem T₁ in Z. 29 den zögerlichen Versuch gemacht hat, das Rederecht zu ergreifen. Die Erwähnung der *SCHLÄge* und die anschließende Off-Track-Sequenz lässt sich auch als Einschubstruktur beschreiben, wie sie auch für den *DÄMpfer* in Datum 7 charakteristisch war: In diesem Einschub wird eine drastische Information wie nebenbei eingeschoben. Aus den Worten des Patienten spricht hier die krasse Einsamkeit eines Kindes oder Jugendlichen, der Gewalt als einzige Form der Aufmerksamkeit erlebt – so jedenfalls scheint T_{1,3} sein heranwachsendes Ich zu sehen. Die Eindringlichkeit dieses Empfindens wird formal aber als Zusatz vor dem generellen Hintergrund der Erzählung realisiert – als vernachlässigbares Detail, das zusätzlich und nebenbei eingeschoben wird.

Wir sehen hier also strukturelle Verwandtschaften zu anderen, ähnlichen Gesprächssituationen: Die Informationen, die der Patient hier einbringt, sind semantisch unterspezifiziert und zugleich – durch die Heckenausdrücke – markiert. Hinweise auf Gewaltsituationen in der Kindheit wurden in einem anderen Gespräch sofort aufgegriffen und die Gewalt zum Thema gemacht. Auf grammatischer Ebene sehen wir, dass Hinweise auf Dramatisches in Einschübe verpackt und damit gewissermaßen versteckt werden. Vages Sprechen ließe sich also sowohl hinter den semantisch unterspezifizierten Ausdrücken *kein leichtes kind* und *SCHEIße bauen* vermuten als auch hinter dem Ausdruck *SCHLÄge*, der zudem das Potential zum

Themensetzungsversuch hat. Im Unterschied zu anderen Gesprächen veranlassen diese sowohl inhaltlichen als auch strukturellen Auffälligkeiten den Therapeuten nicht zu einer entsprechenden Reaktion. Das Thema Gewalt sowie der kindliche T_{1,3}, der an dieser Stelle auffallend unscharf bleibt, werden vom Therapeuten auch später im Gespräch nicht wieder aufgegriffen. Beides wird hier zum einzigen Mal in diesem Gespräch thematisiert.

T₁ macht in Z. 29 einen zögerlichen Versuch, den Turn zu übernehmen; T_{1,3} nimmt diesen Versuch offenbar nicht ernst, er kehrt jedenfalls nach einer kurzen Pause zum Thema *kein leichtes Kind* zurück bzw. illustriert, was seine Mutter außerdem noch mit ihm *DURCHgemacht* hat. Dabei hat diese Illustration den Charakter einer Stichwortliste: T_{1,3} zählt die einzelnen Punkte mit je einem Wort auf und macht zwischen diesen Stichworten kurze, teils gefüllte Pausen. Interessant ist dabei nicht nur die sprachliche Struktur der Aufzählungsliste, sondern auch die Reihenfolge: Als Erstes nennt T_{1,3} *diverse AUtounfälle* (Z. 33), dann die *HAFTzeit* (Z. 36), dann einen *WOHnungsbrand* (Z. 42) und zuletzt die *SUCHT* (Z. 44), die zuvor bereits einmal Thema war. Er macht dem Therapeuten also hier drei neue thematische Angebote. Dieser hält sich während der gesamten Passage mit Rückmeldesignalen sehr zurück; auch die angedeutete Turnübernahme in Z. 29 ist alles andere als eine entschlossene Intervention, und T_{1,3} interpretiert sie offenbar auch nicht als solche. Den Abschluss seines Turns signalisiert T_{1,3} sowohl durch die syntaktisch abgeschlossene und entsprechend intonierte Einheit in Z. 44 als auch durch das Schniefen in Z. 46; T₁ ist aufgefordert, zu übernehmen.

Dessen Beitrag schließt ohne Ratifikation oder andere Anschlussignale an die Äußerung des Patienten an. Von den Angeboten des Patienten greift er die *HAFTzeit* auf: In den folgenden Sequenzen sprechen T₁ und T_{1,3} über die kriminelle Vergangenheit des Patienten. Die *SCHLÄge* kommen gar nicht mehr zur Sprache, die *AUtounfälle* und der *WOHnungsbrand* werden später aufgrund weiterer Initiativen des Patienten noch einmal Thema. Dabei stellt sich heraus, dass durch einen der erwähnten Auto-unfälle der beste Freund des Patienten ums Leben kam, durch einen anderen wurde T_{1,3} selbst schwer verletzt; nach dem erwähnten Wohnungsbrand lag er aufgrund einer schweren Rauchvergiftung mehrere Tage im Koma. Die Angebote des Patienten deuteten also auf gravierende Ereignisse in seiner Biographie hin.

Bei der Analyse dieses Gesprächsausschnitts stellt sich die Frage, ob er unter dem Aspekt vagen Sprechens betrachtet werden kann oder nicht. Unseres Erachtens bleiben hier einige semantische Angebote uneingelöst, einige semantische Unterspezifizierungen ungeklärt. Zudem zeigen sich auf der Ebene der Gesprächsdynamik sowie strukturell einige Ähnlichkeiten mit anderen Gesprächsausschnitten, die wir unter dem Aspekt vagen Sprechens untersucht haben. Auf Seite der Patientenäußerungen finden wir also semantische Lücken sowie andere Merkmale, die mit vagem Sprechen einhergehen können. Jedoch lassen sich keine interaktiven Konsequenzen

dieser semantischen Lücken nachweisen. Der Therapeut fragt hier nicht nach, er zeigt auch auf para- und nonverbaler Ebene keine Irritation oder Nicht-Verstehen an.

Das Nicht-Nachfragen des Therapeuten ließe sich einfach damit begründen, dass die Therapeuten nur dann nachfragen, wenn eine Information für sie im Sinne der Sammlung von Material für die Erstellung einer Diagnostik notwendig ist; sie müssen also nicht jede Äußerung des Patienten vollumfänglich verstehen. Insofern kommt es sicherlich öfter vor, dass Therapeuten an einer Stelle auf Angebote der Patienten nicht eingehen oder uneingelöste semantische Angebote im Raum stehen lassen. Genau das lässt sich jedoch am Gesprächsmaterial selbst nicht nachweisen – es handelt sich um eine mögliche Begründung, die nur der Therapeut selbst letztlich bestätigen könnte.

Damit wird noch einmal deutlich, dass vages Sprechen keine starre Kategorie ist, die sich an einer einzelnen Äußerung festmachen lässt, und sich niemals auf sprachstrukturelle Aspekte beschränkt. Es ist stattdessen stets an konkrete Kommunikationssituationen gebunden: Nur innerhalb einer konkreten Interaktion kann eine Äußerung überhaupt zu vage sein. Im Falle der psychotherapeutischen Diagnosegespräche gilt damit auch: Zu vage ist nur das, was für die Therapeuten (im Interesse der Diagnosenstellung) zu vage ist. Patienten können dies sicherlich häufig nur schwer antizipieren.

5.4.3 Uneindeutiges Interaktionsgeschehen

Während die Therapeuten – wie im obigen Beispiel – manchmal auf semantische Angebote der Patienten nicht reagieren, so ist in anderen Fällen ihre Reaktion nicht klar zu deuten. Auch in diesen Situationen stellt sich die Frage nach den Grenzen der Kategorie vagen Sprechens. Wir möchten die Problematik an einem Gespräch verdeutlichen, in dem die beteiligte Patientin grundsätzlich dazu tendiert, die Fragen des Therapeuten lediglich zu beantworten anstatt – wie die anderen Patienten in unseren Daten – praktisch jede Frage als Aufforderung zum Erzählen zu verstehen. Während die anderen Patienten die therapeutenseitigen Fragen eher als Einladung zu längerer Turnübernahme und Elaboration von Themen verstehen, nimmt diese Patientin die Fragen des Therapeuten häufig recht wörtlich.

Im Vorlauf des zu besprechenden Ausschnitts berichtet die Patientin davon, wie ihr Ex-Partner trotz Kontaktverbotes mit dem Auto in ihre Nähe gelangt und dass allein das Auto Geräusch sie bereits in Panik versetzt:

Datum 15: SEElische

01 T₂ und sie hörn dann des autogeräusch und können es
schon:
02 (0.4)
03 T₂ erKENNen dann dass er das is oder-
04 (0.35)
05 T₂2 ich äh nee ich wenn ich nur jetzt auch hier ich
war [h irgen]dwan hier in der kantine gesessen
wir habn
06 T₂ [hm_hm]
07 T₂2 gegessen und [dann war drau]ßen des so n geräusch
wie
08 T₂ [hm_hm]
09 T₂2 UNser [auto] und schon °hh [hab ich pan]ik
bekomm[en.]
10 T₂ [hm] [hm_hm]
[ja]
11 T₂2 (.) also innerliche un[ruhe]
12 T₂ [hm_hm hm_hm]
13 (0.62)
14 T₂ hm_hm
15 (2.26)
16 T₂ des heißt sie haben mit dem ziemlich schreckliche
Dinge erlebt oder,
17 T₂2 (.) SEElische ja.
18 T₂ SEElische; [ja?]
19 T₂2 [hm_hm?]
20 (0.68)
21 T₂2 die kinder körperlich (un) !UND! seelisch und ich
seel[isch.]
22 T₂ [jaha]
23 (0.67)
24 T₂ hm_hm (.) wie lange warn sie denn mit ihm
zusammen-
25 T₂2 FÜNfzehn jahre, [h°]
26 [hm_hm]
27 (1.69)
28 T₂ hm_hm
29 (0.74)
30 T₂ gabs (.) BESSere zeiten oder;
31 T₂2 hhh ANfang der beziehung ja-
32 T₂ hm_hm
33 (1.33)

Der Therapeut versucht hier mit seiner Eingangsfrage sicherzustellen, dass er die Patientin hinsichtlich der Symptomatik ihrer Panik richtig verstanden hat. Die Patientin signalisiert, dass dies nur teilweise der Fall ist (*ich äh nee*, Z. 5) und verdeutlicht an einer beispielhaften Situation, was sie meint: dass nämlich nicht das konkrete Auto ihres Ex-Partners, sondern allein *so n geräusch wie UNser auto* (z. B. ein anderes

Auto, aber gleiches Modell) sie in Panik versetzen kann. Dabei stuft sie die *panik* in Z. 11 zu *innerliche unruhe* herunter.¹⁶

Die geschilderte Reaktion auf das mit dem Ex-Partner assoziierte Autogeräusch veranlasst den Therapeuten, nach der Qualität der Beziehung zwischen der Patientin und ihrem Ex-Partner zu fragen. Er stellt eine Verstehensfrage (*des heißt*, Z. 16), die als Deklarativsatzfrage realisiert ist (*sie haben mit dem ziemlich schreckliche Dinge erlebt oder*, Z. 16). In ‚klassischen‘ Arzt-Patienten-Gesprächen dienen solche Deklarativsatzfragen nicht mehr so sehr dazu, Verstehen zu sichern, sondern sie dokumentieren ein tiefergehendes Verständnis des Arztes, der auf diese Weise Patientenäußerungen zusammenfasst und interpretiert. Gleichzeitig bringen solche Fragen neue thematische Aspekte und damit vielfach Handlungsaufgaben in das interaktive Geschehen ein und treiben das Gespräch damit sozusagen voran (Spranz-Fogasy 2010: 66f.). Im vorliegenden Fall provoziert T₂ einen Wechsel der thematischen Ebene vom derzeitigen Zustand der Patientin hin zur Qualität ihrer früheren Beziehung zu ihrem Ex-Partner. Er darf erwarten, dass sie – wenigstens in Andeutungen – beispielsweise erzählt, was die Beziehung so schwierig gemacht hat. In den übrigen Gesprächen ist dies jedenfalls die übliche Reaktion der Patienten auf diesen Typ von Fragen. Die Antwort dieser Patientin bleibt aber relativ knapp: Sie ergänzt seinen Deklarativsatz mit dem Adjektiv *SEELISCHE* und ratifiziert seine Interpretation dann mit der Antwortpartikel *ja*. Anstatt ausführlich zu erzählen, ergänzt T₂ das aus ihrer Sicht Notwendige, um die Frage angemessen zu beantworten. Gleichzeitig kann man festhalten, dass *SEELISCHE* in diesem Fall das Nomen *Dinge* kaum ausreichend spezifiziert.

Die Reaktion des Therapeuten auf diese Antwort der Patientin ist unseres Erachtens uneindeutig: Er wiederholt in Z. 18 die Äußerung der Patientin mit gleicher Intonation und zieht dabei kurz die Augenbrauen hoch, was sich als Erstaunen oder auch Verwirrung, in jedem Fall Verstehensschwierigkeit deuten lässt. Seine Frage greift den Wortlaut der Patientenäußerung auf und dokumentiert damit einerseits zumindest ausdrucksseitiges Verstehen, gleichzeitig legt er der Patientin ihre Antwort noch einmal vor, um sein Verstehen zu prüfen – er ist sich desselben also nicht ganz sicher (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 62f.). Allerdings schließt er unmittelbar die Antwortpartikel *ja* an, die die vorhergehende Äußerung der Patientin ratifiziert – es klingt, als habe der Therapeut nun doch verstanden. Seine Reaktion ist also ambig: Zu Beginn wirkt T₂ verwirrt oder irritiert, am Ende der Äußerung gewinnt man eher den Eindruck, er habe ihre Äußerung für sich doch schon geklärt.

Die Patientin interpretiert seine Äußerung in Z. 18 offenbar als Bitte um Bestätigung, ob er richtig verstanden hat, denn sie ratifiziert in Z. 19 wiederum seine

¹⁶ Dies passt zur Tendenz der Patientin, keine Emotionen zu zeigen. Während des Gespräches bleibt ihre Körperhaltung starr, ihre Gestik reduziert. Innere Erregung wird während des Gespräches zwar metakommunikativ verbalisiert, zeigt sich aber nicht in ihrer äußeren Erscheinung.

Äußerung. Gleichzeitig führt sie ihre Äußerung in Z. 21 weiter aus und verdeutlicht durch eine Kontrastierung von *körperlich* mit *seelisch* noch einmal den Sinn ihrer Äußerung. Auch dies lässt darauf schließen, dass sie die Reaktion des Therapeuten als Dokumentation unsicheren Verstehens deutet. T₂ ratifiziert diese Erweiterung ihrer ursprünglichen Aussage mit zwei Rezeptionssignalen und leichtem Kopfnicken; das Problem ist geklärt, er leitet in Z. 24 zum nächsten Punkt über.

An diesem Gesprächsausschnitt wird insbesondere deutlich, wie genau das Interaktionsgeschehen manchmal beobachtet werden muss, um zu entscheiden, ob es sich bei einer Äußerung um vages Sprechen handelt oder nicht. In diesem Falle ist die Reaktion des Therapeuten auf das ursprüngliche semantische Angebot der Patientin (*SEELISCHE*, Z. 17) widersprüchlich; wir müssen letztlich die Interpretation der Patientin teilen, die durch ihre Reaktion in dritter Position ihr Verständnis seiner Reaktion auf ihr ursprüngliches semantisches Angebot anzeigt (vgl. Schegloff 1992: 1301¹⁷). Erst anhand ihrer Reaktion auf die Äußerung des Therapeuten lässt sich ihre Ausgangsäußerung *SEELISCHE* als vage klassifizieren.

5.5 Verwandte Formen

In den vorangegangenen Abschnitten wurde bereits angedeutet, dass vages Sprechen als Kategorie zum Teil nur schwer eingrenzbar ist. Bei der Analyse vagen Sprechens stolpert man über eine ganze Reihe von Phänomenen, die verschiedene Ähnlichkeiten zum vagen Sprechen aufweisen und erst nach eingehender Betrachtung von ihm unterschieden werden können. Dabei handelt es sich sowohl um sprachliche Phänomene von eher lexikalisch-grammatikalischer Natur als auch um solche, die sich auf einer globaleren gesprächsorganisatorischen Ebene beobachten lassen. Diese dem vagen Sprechen verwandten sprachlichen Formen sollen im Folgenden vorgestellt werden.

5.5.1 Teilresponsivität

Die Äußerungen der Patienten sind in den vorliegenden Gesprächen fast immer Reaktionen auf Initiativen der Therapeuten: Diese stellen die Fragen, die Patienten antworten darauf (wenn auch nicht selten mit längeren Erzählungen). Wo Antwortzüge der Patienten nicht ganz genau den Erwartungen der Therapeuten entsprechen, kann etwas entstehen, das dem vagen Sprechen stark ähnelt. Mit dieser Problematik werden wir uns im Folgenden näher beschäftigen.

In der Auseinandersetzung mit der Organisation von Dialogen beschäftigt sich

¹⁷ Schegloff (1992) beschreibt, dass ein Sprecher 2 durch seine Reaktion auf eine Äußerung von Sprecher 1 zeigt, wie er diese verstanden hat; hierauf kann Sprecher 1 durch seine erneute Reaktion auf Sprecher 2 anzeigen, ob dieses Verständnis richtig ist. Schegloff spricht hier auch von „first“, „second“ und „third position“ (Schegloff 1992: 1300f.).

Schwitalla (1979) auch mit dem Problem initiierender und respondierender Akte im Dialog. Responsivität beschreibt dabei die Qualität respondierender Akte, also den Grad, mit dem auf Inhalt und Erwartungsnorm eines initiierenden Zuges eingegangen wird. Teilresponsivität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass ein respondierender Akt nur auf einen Teil des Inhalts des initiierenden Zuges eingeht oder dessen Erwartungsnorm nur zum Teil erfüllt (Schwitalla 1979: 133f.). Damit handelt es sich bei dem Konzept der Teilresponsivität nicht so sehr um ein Phänomen des Antwortens als vielmehr um eines von Antwortzügen. Mit dem Konzept der Responsivität verknüpft ist das der konditionellen Relevanz, wonach Gesprächsbeiträge mehr oder weniger stark vorgeben, was als Folgebeitrag akzeptiert werden kann (Duden 2009: 1246). So macht beispielsweise eine Begrüßung von Sprecher 1 einen Gegengruß von Sprecher 2 relevant: Sprecher 2 ist darauf festgelegt, zu grüßen. Das Konzept der konditionellen Relevanz beschreibt die Beziehung zwischen solchen Paarsequenzen (Lalouschek 2002: 161).

Teilresponsivität lässt sich dementsprechend beschreiben als eine nur teilweise eingelöste konditionelle Relevanz. In unseren Daten beschränkt sich dieses Phänomen auf Frage-Antwort-Strukturen: Teilresponsivität bedeutet hier, dass eine Frage des Therapeuten unzureichend beantwortet wird. Für solch eine unzureichende Antwort gibt es konkret viele verschiedene Möglichkeiten; teils antworten die Patienten zu abstrakt, teils beantworten sie nicht wirklich die gestellte Frage, sondern bewegen sich thematisch in eine andere Richtung. Es gilt: In den Gesprächen gibt es prinzipiell sicherlich viele solcher Stellen; interessant wird es da, wo solches Verhalten zu Irritationen führt. Diese Gesprächsphänomene sind dabei viel komplexer als die zuvor beschriebenen und erstrecken sich über mehrere Turns; sie lassen sich nicht an einer einzelnen Äußerung festmachen, sondern werden im Ping-Pong-Spiel des Sprecherwechsels gespiegelt.

Diese bildhafte Beschreibung soll an einem Gesprächsausschnitt expliziert werden, in dem ein Patient berichtet, auf welche Weise er als Jugendlicher und junger Erwachsener seine Homosexualität leben konnte. In diesem Zusammenhang kommt er auf seinen ersten Freund zu sprechen:

Datum 16: könnten sie_s geNAUer sagen

01 T₁4 dann hab ich [äh (.) (ersten/besten) fr]eund
kennengelernt,
02 T₁ [FESTe partnerschaften auch]
03 (0.46)
04 T₁4 ((schnalzt)) mit dem war ich DREIzehn monate
zusammen,
05 (0.2)

- 06 T₁4 während ich mit dem zusammen war hab ich
meinen ZWEITen freund kennengelernt °h dann
mit dem ersten SCHLUSS gemacht, m: ZWEITen
zusammengekommen, °h (.) (un) des war (.) SO
gesehen meine große liebe
- 07 (0.34)
- 08 T₁ warum DER? WAS war (so) also grad auch wenn sie
°h für DEN den ersten freund verlassen haben WAS
war an dem °hh dass der h°
- 09 (0.37)
- 10 T₁ SO wichtig geworden ist für sie;
- 11 T₁4 ALles.
- 12 (0.52)
- 13 T₁4 ich [hab ihn ge]SEhen un-
- 14 T₁ [ja,]
- 15 (0.31)
- 16 T₁ °h GUT jetzt so vom (.) aber äh dann waren sie ja
(.) wie lang waren sie dann zuSAMmen?
- 17 T₁4 achtzehn MOnate;
- 18 (0.23)
- 19 T₁ aha,
- 20 (0.19)
- 21 T₁ aber das ist der äh:: (aff) wo wo sie wo_s
ihnen dann h°(.) °h sch äh als der sich dann
geTREnnt hat und (.) wo sie sachten vorhin das
war be[sonders]
- 22 T₁4 [wo ich SE]CHS jahre auch insgesamt
gebraucht habe [drüber hinwegzukommen]
- 23 T₁ [SECHS jahre]
- 24 (0.63)
- 25 T₁ sind sie JETZ drüber weg
- 26 T₁4 WEIß ich noch nich; manchmal denk ich noch NICH
so wirklich.
- 27 T₁ ja
- 28 (0.98)
- 29 T₁ °hh (.) und wenn sie ähm:: HEUTE daran denken- wa
äh was: °h könnten sie_s geNAUER sagen? warum ER?
- 30 (0.58)
- 31 T₁ also
- 32 (0.97)
- 33 T₁ (den fanden) sie gut toll attraktiv klar aber
°hh es is ja dann wenn ma_s s äh näher zusammen
is sind_s ja auch bestimmte EIgenschaften; oder
FÄHigkeiten
[oder (vielleicht)]
- 34 T₁4 [einfach die LIE]be zu ihm;
- 35 (0.25)
- 36 T₁ ja schon;
- 37 (0.43)
- 38 T₁ aber könnten sie_s: sagen?
- 39 (0.28)
- 40 T₁ warum e

- 41 (0.31)
 42 T₁ er MEHR
 43 (0.59)
 44 T₁ verglichen mit andern, warum (.) das intenSIver
 war dies gefühl?
 45 (0.27)
 46 T₁ °hh (.) hh°
 47 (0.61)
 48 T₁4 warum [es intenSIver war kann ich ihnen (nich
 sagen)]
 49 T₁ [°h also vielleicht erzählen sie einfach
 mal was] er für_n MENSCH war; °h dass äh dass
 ich mir (ka) (.) [KENN ihn ja nich]
 50 T₁4 [das ist jetzt n biss]chen doof wenn
 ich das erZÄHlen müsste weil ich glaub ich würd
 ihn idealisiSIeren

In dem Gesprächsausschnitt bittet der Therapeut T₁ den Patienten, zu explizieren, was seinen früheren Lebenspartner gegenüber anderen Ex-Freunden auszeichnet (Z. 8–10). Dessen Antwort in Z. 11 (*ALles*) wird von T₁ zwar ratifiziert durch ein *ja*, die leicht steigende Intonation der Partikel deutet aber bereits auf eine lediglich teilweise Satisfaktion des Therapeuten hin. Als T₁ den Turn in Z. 16 übernimmt, signalisiert er durch die abgebrochene Formulierung °h *GUT jetzt so vom* ebenfalls eine lediglich teilweise Ratifikation des vorangegangenen Beitrags. Er kommt dann zunächst auf die Dauer der Beziehung zu sprechen; erst in Z. 29 regt er den Patienten noch einmal dazu an, seinen Ex-Freund etwas plastischer zu schildern; diese Anregung elaboriert er zudem in Z. 33 und expliziert, was er sich von einer Antwort erwartet. Damit wird zugleich noch einmal deutlich, dass die vorangegangene Antwort des Patienten in Z. 11 die Erwartungsnorm des Therapeuten nicht voll erfüllt hat. Der Therapeut macht also hier an dritter Position klar, dass T₁4 seine Eingangsfrage unzureichend verstanden hat und etabliert zugleich eine neue „first position“ (vgl. Schegloff 1992), indem er die Frage erneut – und differenzierter – stellt. Er repariert also seine Eingangsfrage und macht sie genauer, um T₁4 zu verstehen zu geben, was er sich von einer Antwort erwartet.

Der Patient antwortet prompt in Z. 34, es kommt sogar zu einer Überlappung mit der Sequenz des Therapeuten; T₁4 scheint also bemüht und engagiert, die Frage zu beantworten. Zugleich fällt seine Äußerung knapp aus, sie wird schnell gesprochen und wirkt dadurch fast ungeduldig. Zum zweiten Mal wird diese Äußerung in Z. 36 durch die responsive Partikel *ja* zwar ratifiziert, diese Ratifikation aber sofort durch das Adverb *schon* modifiziert und abgeschwächt; T₁ projiziert ein *aber*, das nach einer kurzen Pause in Z. 38 auch folgt. Zum dritten Mal stellt T₁ seine Frage, wiederum repariert er seine Eingangsfrage und versucht sie dadurch für T₁4 anschlussfähig zu machen. Die Struktur Frage – unzureichende Antwort – Teilratifikation und Fragereparatur wiederholt sich zum zweiten Mal. Anstatt überlappend zu antworten, dauert

es diesmal über eine Sekunde, bis der Patient den Turn übernimmt; er macht dann explizit, dass er die Frage so nicht beantworten kann. Fast zugleich repariert T₁ seine Frage erneut und eröffnet eine weitere „first position“, auf die T_{1,4} aber (zunächst) wiederum lediglich teilresponsiv antwortet. In den folgenden Turns bemüht sich der Patient, die Frage des Therapeuten angemessen zu beantworten und seinen Ex-Freund konkreter zu beschreiben.

Die erste problematische Antwort des Patienten auf die Frage des Therapeuten nach Herausstellungsmerkmalen seines Ex-Freundes in Z. 11, *ALles*, ist zwar sehr allgemein. Problematisch ist sie aber nicht für das Verstehen. T_{1,4} gibt dem Therapeuten mit dieser Antwort nicht zu wenig Informationen, sondern andere, als dieser erwartet. Während sich T₁ eine plastische Beschreibung des Ex-Freundes erhofft, also eine Elaboration seiner Charaktereigenschaften, Verhaltensweisen etc., lässt der Patient den Ausdruck *ALles* etwas isoliert im Gesprächsraum stehen. Die Antwort des Patienten geht damit im Wesentlichen an der Handlungserwartung des Therapeuten vorbei. So muss der Therapeut seine Eingangsfrage reparieren und an dritter Position eine erneute „first position“ etablieren, um eine Klärung seiner Frage anzustreben.

Die Ähnlichkeit zum vagen Sprechen entsteht hier in dem Gefühl, dass Dinge unausgesprochen, in der Schwebelage bleiben. Dieses Gefühl entsteht durch die Teilresponsivität der Antwortzüge des Patienten. Sie erfüllen nicht die Erwartungsnorm des Therapeuten. Auf diese Weise entstehen informative Lücken, deren Füllung T₁ durch die stetige Reparatur und Reformulierung seiner Fragen anstrebt. Nach mehreren Schleifenstrukturen (Frage – unzureichende Antwort – Teilratifikation und Fragereparatur) initiiert T₁ eine Themenverschiebung und lässt von seiner ursprünglichen Fragestellung ab; ob diese Verschiebung als Ratifikation zu deuten ist oder eher als ein ‚Aufgeben‘, kann hier nicht geklärt werden und ist für die vorliegende Fragestellung auch nicht so sehr von Bedeutung.

Sowohl bei vagem Sprechen als auch bei teilresponsiven Aktivitäten bleiben Dinge ungesagt. Nicht immer kann zwischen beiden streng unterschieden werden. Die vorliegende problematische Äußerung *ALles* könnte genauso gut zu einem Problem für das Verstehen werden. Die Unterscheidung zwischen den beiden Kategorien ist wiederum an ihre interaktive Dynamik gekoppelt: Nur durch die eingehende Betrachtung der interaktiven Konsequenzen einer Äußerung kann eine Kategorienzuzuweisung erfolgen.

5.5.2 Relevanzhochstufung durch Rückstufung

Eine weitere Auffälligkeit in vielen Gesprächen weist unseres Erachtens Ähnlichkeiten mit vagem Sprechen auf. Häufig stufen Patienten gerade sensible Themen oder krasse Erlebnisse in ihrer Relevanz zurück. Der Eindruck semantischer Unter-

spezifizierung entsteht, weil die Patienten eine seltsame Benennung wählen und dadurch nicht sofort deutlich wird, was sie meinen; gleichzeitig handelt es sich nicht wirklich um das Zurückhalten von Information, sondern um eine Modifikation von Information. Im folgenden Gesprächsausschnitt beispielsweise berichtet der Patient aus Datum 5 von Gewalt in der Familie. Der Therapeut möchte genauer wissen, was dem Patienten widerfahren ist:

Datum 17: sportlichen übungen

01 T₁4 ich WEIß nich vielleicht tat ich ihm einfach LEID
 (ich) keine AHnung
 02 (0.27)
 03 T₁4 ((schnieft)) [(ich) +++ (dann halt)]
 04 T₁ [°hh naja ähm] äh also
 (.) h° LEID tun ähm äh das mag ja ne e ebene
 SEIN aber wenn ma dann: also s:ie hatten ja
 offensichtlich auch von si IHRer seite n gutes:
 verHÄLTnis: zu ihm oder (.) °h
 05 T₁4 ja weil er mir ähm
 06 (0.31)
 07 T₁ °h h°
 08 (0.45)
 09 T₁4 ja er hat (.) ((lacht)) °hh
 10 (0.21)
 11 T₁4 bei ihm hab ich keine geWALT<<lachend>er>fahrungen
 gemacht °hh (.) er wa:r äh er hat mir ZU[gehört]
 12 T₁ [°h]
 was ha äh moment geWALTerfahrungen wo ham sie
 geWALTerfahrungen gema[cht?]
 13 T₁4 [bei meim] schwager
 14 T₁ der schwager h°
 15 (0.29)
 16 T₁4 elf jahre lang ja
 17 (0.57)
 18 T₁ der hat (.) geschlagen
 19 (1.04)
 20 T₁4 anfangs ja
 21 (0.28)
 22 T₁ und dann
 23 (1.11)
 24 T₁4 DANN kamen die sportlichen übungen
 25 (0.52)
 26 T₁ was HEISST das
 27 (0.28)
 28 T₁ hh° (.) °h
 29 0.28)
 30 T₁4 mal fünfzig liegestütze DORT mal hundert
 liegestütze DA mal fünfzig klappmesser DA
 31 T₁ °h (.) [zur STRA]fe
 32 T₁4 [(wenn des dann) +++]
 33 T₁4 zur STRAfe

34 T₁ °h
 35 T₁₄ wenn des dann nich (.) wenn man dann nicht mehr
 KONNte dann °h (.) gab es immerhin es gab SCHUhe
 es gab GÜRtel es gab alles MÖGliche wo man dann
 36 (0.25)
 37 T₁₄ °h (.) ähm EINsetzen konnte um denjenigen noch
 anzuspornen
 38 (0.31)
 39 T₁₄ °h (.) oder dann halt durch hüfthohen SCHNEE
 nackt im garten +++ +++
 40 (0.73)
 41 T₁₄ im ENTengang mal eben langlaufen lassen
 42 T₁ °hh
 43 (0.52)
 44 T₁ h° aha
 45 (1.27)
 46 T₁₄ ((schnalzt))
 47 (0.24)
 48 T₁₄ äh er hielt von körperlicher ertüchtigung sehr
 viel

Im Vorlauf des Gespräches geht es zunächst um das Vertrauensverhältnis des Patienten zu einem seiner Lehrer; T₁₄ erwähnt, dass er diesen als Jugendlicher unter anderem deshalb so geschätzt habe, weil er bei ihm *keine geWALTERfahrungen* gemacht habe. Der Therapeut hakt hier ein und fragt genauer nach: Gewalterfahrungen waren in dem Gespräch bisher kein Thema. Der Patient berichtet dann, dass die Gewalt vom Ehemann seiner Schwester ausging, bei der er als Jugendlicher lebte. In Z. 18 bittet der Therapeut den Patienten mittels einer Deklarativsatzfrage (*der hat geschlagen*) um Elaboration. T₁ dokumentiert damit seine Interpretation des Ausdrucks *geWALTERfahrungen* und legt dem Patienten diese zur Ratifikation vor (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 62f.). Der Patient ratifiziert diese Interpretation nach einer ca. einsekündigen Pause teilweise, indem er sein *ja* auf *anfangs* beschränkt und deutet damit an, dass er außer Schlägen noch andere Formen von Gewalt erfahren hat. Er überlässt es aber dem Therapeuten, danach zu fragen; dieser greift den Hinweis auf und fragt nach. Der Patient wiederum knüpft in Z. 24 nach einer weiteren ca. einsekündigen Pause mit seiner Äußerung *DANN kamen die sportlichen übungen* an die Formulierung des Therapeuten an. Die ironisierend intonierten *sportlichen übungen* sind dabei im Zusammenhang des Gespräches als Fortführung und Steigerung des Ausdrucks *geschlagen* konstruiert: Sie müssen also auf mehr und anderes verweisen als ein Fitnessprogramm. Der Therapeut teilt diese Interpretation und bittet T₁₄ um eine Erklärung der in diesem Zusammenhang etwas kryptischen Äußerung. Der Patient berichtet dann – wiederum nach ca. einer Sekunde Pause – von exzessivem Training und teils erniedrigenden Übungsformaten, zu denen er durch Gewalteinwirkung gezwungen – er selbst sagt: angespornt – wurde. Dabei wirken seine Ausführungen hier im Gegensatz zu den vorherigen kurzen, durch

Pausen abgetrennten Turns wie ein Redefluss: Er formuliert flüssig, seine Beiträge sind länger und er spricht schneller. Gegen Ende seiner Ausführungen häufen sich wiederum die Pausen; nachdem der Therapeut in Z. 44 ein kurzes Rezeptionssignal äußert, wartet T_{1,4} fast 1,3 Sekunden bis zur nächsten Äußerung, deutet dann durch ein Schnalzen eine weitere Äußerung an, um nach einer kurzen Pause seine Ausführungen mit dem Hinweis auf die Wertschätzung seines Schwagers für *[körperliche] ertüchtigung* zusammenzufassen und abzuschließen.

Ausgangspunkt für die Analyse ist in diesem Beispiel der Hinweis des Patienten auf die *sportlichen übungen*. Mit diesem Ausdruck erfüllt der Patient die vom Therapeuten gesetzte konditionelle Relevanz, zu erklären, was auf die anfänglichen Schläge folgte. Der Ausdruck ist also – sowohl von der Sequenzorganisation als auch von der Intonation her – konstruiert als Steigerung von *geschlagen*; gleichzeitig werden sportliche Übungen sonst nicht unbedingt mit Gewalt in Verbindung gebracht. Die Äußerung ist als Untertreibung konstruiert, die als Aufforderung zur Nachfrage fungiert, jedenfalls den Therapeuten zu einer solchen veranlasst. Diese Untertreibung wird gerahmt von zwei weiteren Untertreibungen, nämlich dem Verb *anzuspornen*, das auf Schläge mit Schuhen und Gürtel verweist, sowie der zusammenfassenden Beschreibung der Misshandlung als *[körperliche] ertüchtigung* am Ende des Ausschnittes. Der Ausdruck *[sportliche] übungen* ist einerseits semantisch unterspezifiziert in dem Sinne, dass die konkreten Übungen, die der Patient ausführen sollte, nicht klar sind; was hier eine semantische Leerstelle erzeugt, ist aber unseres Erachtens nicht diese mangelnde Konkretion, sondern die Untertreibung, die mit der Verwendung dieses Ausdrucks einhergeht. Mittels dieser untertreibenden Beschreibungen wird die Dramatik des eigentlich Erlebten hier abgeschwächt und heruntergestuft. In anderen Gesprächen, in denen traumatische Erlebnisse erzählt werden, wird „die Dramatik des Erlebnisses zurückzustufen [gesucht], um es überhaupt aussprechen zu können“ (von Fabeck 2010: 193f.). Die Untertreibung kann hier also auf die Sensibilität der besprochenen Thematik zurückgeführt werden.

Gleichzeitig wirkt diese auffällige Untertreibung als Betonung und damit als Hochstufung des Gesagten. Die offensichtliche Untertreibung, durch die zudem eine semantische Lücke entsteht, erzeugt selbst eine konditionelle Relevanz und fordert eine Nachfrage des Therapeuten. Dieser kann die Antwort des Patienten so nicht stehen lassen, ohne grob unhöflich oder unsensibel zu wirken. Es geht hier also nicht darum, das Thema zu meiden, sondern im Gegenteil wird die Relevanz des Gesagten hochgestuft. Dazu trägt zudem der ironische Tonfall des Patienten bei, der die Äußerung ebenfalls als Untertreibung markiert und sie zusätzlich hervorhebt. Auch Mimik und Blickverhalten tragen zu diesem Eindruck bei: Der Patient blickt den Therapeuten jeweils am Ende seiner Äußerungseinheiten fast schon herausfordernd an, er schürzt zudem die Lippen und macht dadurch insgesamt den Eindruck, den erzählten Ereignissen bzw. dem Therapeuten gegenüber eine Haltung trotziger

Gehässigkeit einzunehmen.

Die Untertreibung wirkt an dieser Stelle formal als Herunterstufung, indem die Dramatik der Ereignisse in einem grundsätzlich harmlosen Ausdruck sozusagen verpackt wird; interaktiv ergibt sich durch die Offensichtlichkeit dieser ‚Verpackung‘ allerdings eine Hochstufung. Die Untertreibung ist streng genommen keine semantische Unterspezifizierung, sondern vielmehr eine Art Fehlspezifizierung: Die semantische Leerstelle entsteht nicht durch einen Mangel an Information, sondern dadurch, dass der Ausdruck im gegebenen Zusammenhang unangemessen für das Referenzobjekt ist. Mit *sportlichen Übungen* ist das, wozu der Patient genötigt wurde, nicht falsch beschrieben, schließlich handelt es sich bei den beschriebenen Übungen (Liegestützen, Klappmesser, Entengang) tatsächlich um Übungen zur Muskelkräftigung. Gleichzeitig ist der Ausdruck im Kontext der *geWALTERfahrungen* doch unpassend. Diese Diskrepanz ist es, was eine Hochstufung und Markierung des Gesagten erzeugt.

Die Ähnlichkeit zum vagen Sprechen besteht hier im Entstehen einer semantischen Lücke, die nur durch Nachfragen seitens des Therapeuten gefüllt werden kann. Gleichzeitig wirkt diese Hochstufung durch Rückstufung ähnlich wie vages Sprechen als Hervorhebung und Betonung und kann auch dazu eingesetzt werden, ein Thema einzubringen oder in eine bestimmte Richtung zu lenken.

6 Implikationen für die therapeutische Arbeit

Nachdem in der Analyse Formen und Funktionen vagen Sprechens, die verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten der Therapeuten sowie verwandte sprachliche Formen besprochen wurden, möchten wir im folgenden Abschnitt einen Schritt weitergehen und therapeutische Implikationen des Untersuchten ausleuchten. Dabei geht es uns zum einen um die Frage, ob und inwiefern vages Sprechen Einfluss auf die sogenannte Alliance, also die Kooperationsbeziehung zwischen Therapeut und Patient nimmt. Zum anderen möchten wir versuchen auszuloten, ob einige der diskutierten sprachlichen Formen auch Hinweise hinsichtlich diagnostischer Aspekte liefern können.

6.1 Vages Sprechen und Allianz

Vages Sprechen kann den Patienten einerseits dazu dienen, ein heikles Thema lediglich vorsichtig anzusprechen, ohne gleich ins Detail zu gehen. Andererseits wird solch vorsichtiges Ansprechen durch die Patienten seitens der Therapeuten interaktiv häufig als Themensetzungsversuch gedeutet: Die Therapeuten greifen die jeweilige Andeutung auf und machen sie durch Nachfrage zum Thema des Gespräches. In diesem Zusammenhang kann man noch einmal dezidiert die Frage danach stellen, welche Rolle dieses Aufgreifen für den weiteren Gesprächsprozess hat. Konkreter noch wird es hier um die Auswirkungen vagen Sprechens auf die sogenannte Allianz (engl. Alliance) zwischen Therapeut und Patient gehen.¹⁸

Beziehungsaspekte spielen in jeder Kommunikation eine grundlegende Rolle (Holly 2001: 1386). Die interaktive Herstellung und Bearbeitung einer Beziehung ist Voraussetzung für eine gelingende Kommunikation. Dementsprechend bearbeitet jede Äußerung Beziehungsaspekte und gibt gleichzeitig über sie Aufschluss. Dabei sind insbesondere die sozialen und personalen Identitäten der beteiligten Sprecher von Relevanz sowie ihre jeweiligen situativen und sozialen Rollen. In die Beziehungsarbeit fließen insbesondere die Aspekte Nähe – Distanz, Macht und Status der Sprecher, Selbst- und Partnerbewertungen sowie Sympathie und Antipathie ein (Holly 2001: 1384f.). All diese Aspekte beeinflussen jede Art von Kommunikation bzw. werden in Interaktionssituationen jeweils interaktiv verhandelt. Linguistisch beschreiben lassen sich Beziehungsaspekte anhand von sprachlichen Zeichen wie Anredeformen, bestimmten sprachlichen Handlungen, z. B. Bewertungshandlungen, spezieller Beziehungsmuster, Mimik, Gestik, Stil und der Wahl komplexer Hand-

¹⁸ In der jeweiligen Literatur ist überwiegend von „Klienten“ die Rede statt von Patienten. Wir werden diese Bezeichnung dort übernehmen, wo es sich um die Besprechung der Fachliteratur handelt. Bei den konkreten Gesprächsbeispielen haben wir aber an der Bezeichnung „Patient“ festgehalten, da es sich in unseren Daten durchweg um Personen handelt, die in der Klinik behandelt werden und diesem Kontext die Bezeichnung „Patient“ üblich ist. Auch die beiden Therapeuten aus den Recall-Gesprächen sprechen von „Patienten“ statt von „Klienten“.

lungsmuster, ob also beispielsweise Erzählungen eine Rolle spielen etc. (Sandig 1990: 175).

In besonderer Weise wird die Beziehung zwischen den Sprecherinnen und Sprechern in der Therapie relevant, wobei sich dies in unterschiedlichen Therapieformen je anders ausprägt (Sandig 1990: 175). Allgemein gesprochen lässt sich aber sagen, dass in jeder Therapie die Beziehung zwischen Therapeut und Klient wesentlicher Bestandteil der Therapie selbst ist. Die Qualität der sogenannten Allianz zwischen Therapeut und Klient ist ein zuverlässiger Indikator für den Therapieerfolg (Safran/Muran/Eubanks-Carter 2011: 80). Dabei lässt sich sogar festhalten, dass Brüche in der Allianz wie z. B. Spannungen, Missverständnisse oder Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Therapeut und Klient, dann positive Auswirkungen auf die Therapie haben können, wenn sie „repariert“, d. h. bearbeitet und behoben werden. Die Überwindung einer problematischen Phase in der Beziehung zwischen Therapeut und Klient kann so positiv zur Therapie beitragen (Safran/Muran/Eubanks-Carter 2011: 83). Insofern birgt die Analyse dieses Aspektes in psychotherapeutischen Gesprächen ausgesprochen großes Potential auch für die therapeutische Praxis.

Dazu ist es aber zunächst wichtig zu verstehen, was mit therapeutischer Allianz von psychologischer Seite her überhaupt genau gemeint ist. Der Begriff lässt sich nämlich nicht eins zu eins mit gesprächsanalytischen Auffassungen von Beziehungsarbeit in Deckung bringen. In der therapeutischen Allianz wird der Klient sozusagen zum ‚Komplizen‘ des Therapeuten. Anders gesagt: Er muss mit dem Therapeuten zusammenarbeiten, wenn eine fruchtbare Selbstbeobachtung und Innenschau gelingen soll. Zur Bearbeitung therapeutischer Aufgaben muss der Klient das Gefühl haben, mit dem Therapeuten gemeinsam an seinen Problemen zu arbeiten. Er braucht Vertrauen in den therapeutischen Prozess und die zugrundeliegenden Konzepte sowie das Gefühl der Zusammenarbeit mit dem Therapeuten. All diese Aspekte lassen sich in drei interdependenten Komponenten fassen und beschreiben: Erstens beinhaltet die Allianz verschiedene Aufgaben, an denen Therapeut und Klient im Verlauf der Therapie gemeinsam arbeiten müssen. Zweitens müssen sich Therapeut und Klient über die Ziele und erwünschten Ergebnisse der Therapie einig und im Klaren sein. Drittens braucht es für die Allianz eine Art Verbundenheit zwischen den beiden beteiligten Parteien, d. h. gegenseitige Gefühle von Respekt und Vertrauen stellen einen wesentlichen Bestandteil der Allianz dar. Dabei hängen diese drei Komponenten untereinander zusammen: Positive Gefühle auf der zwischenmenschlichen Ebene vereinfachen die Aushandlung gemeinsamer Ziele und die Bearbeitung wichtiger Aufgaben; umgekehrt gilt, dass Einigkeit über den Ablauf und das gewünschte Ergebnis der Therapie auch die persönliche Beziehung positiv beeinflusst. Die Interdependenz dieser Komponenten verweist auf eine weitere Charakteristik der therapeutischen Allianz: Sie ist kein statisches Gebilde, sondern Gegenstand der Aushandlung zwischen Therapeut und Klient und wird über mehrere Interakti-

onssituationen hinweg kontinuierlich hergestellt, bearbeitet und weiterentwickelt (Safran/Muran/Proskurov 2009: 203–205).

Dieser prozesshafte Charakter der Allianz stellt die gesprächsanalytische Perspektive vor ein grundsätzliches Problem: Während die Allianz in der Psychologie über mehrere Sitzungen hinweg sozusagen aus einer Makroperspektive heraus beobachtet und beurteilt wird, untersucht die Gesprächsanalyse detailliert einzelne Interaktionen, nimmt also eher eine Mikroperspektive ein. Für die Untersuchung von therapeutischer Allianz – verstanden als Einigkeit über Aufgaben und Ziele der Therapie sowie ein Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Klient – bedeutet das, dass gesprächsanalytische Aussagen über die Allianz im Allgemeinen zumindest im gegebenen Rahmen nicht möglich sind. Stattdessen lassen sich in einer einzelnen Interaktion möglicherweise Aushandlungsprozesse hinsichtlich insbesondere der Ziele und Aufgaben beobachten oder Indikatoren für die bestehende Qualität der Allianz finden. Die Gesprächsanalytikerin untersucht hier also nicht die therapeutische Allianz im engeren Sinne, sondern begibt sich auf die Suche nach Spuren verschiedener Aspekte der therapeutischen Allianz im Gespräch.

Muntigl & Horvath (2013) haben Probleme im Hinblick auf die Allianz aus gesprächsanalytischer Perspektive untersucht. Als Anhaltspunkte haben sie dabei solche Interaktionen in den Blick genommen, in denen die soziale Harmonie und Empathie zwischen den beteiligten Akteuren in Gefahr gerieten (Muntigl/Horvath 2013: 3). Im Kern beschäftigt sich ihre Studie mit Patientenäußerungen, die einen Einspruch gegen sogenannte Reformulierungen seitens der Therapeuten signalisieren. Mit Reformulierungen von Patientenäußerungen versuchen Therapeuten, diese Äußerungen zusammenfassend oder leicht interpretierend wiederzugeben. Die Patienten können solche Wiedergaben ratifizieren, modifizieren oder zurückweisen. Modifikation und Zurückweisung werden dabei im genannten Aufsatz als Formen der Gefährdung der Harmonie zwischen Therapeut und Patient verstanden (Muntigl/Horvath 2013: 4–6). Es handelt sich dabei also um sehr kleinteilige Phänomene, die nicht zum Problem für die Allianz werden müssen, in der Summe jedoch werden können.

Vor diesem Hintergrund lassen sich auch kleinteilige Phänomene wie vages Sprechen und damit verwandte sprachliche Formen im Hinblick auf die therapeutische Allianz untersuchen. Natürlich handelt es sich bei meinen Daten nicht um Therapie-, sondern um Diagnosegespräche; jedoch wird auch hier eine positive Beziehung im oben beschriebenen Sinne angestrebt werden. Dies gilt insbesondere für das OPD-Gespräch, in dem Episoden der Übertragung-Gegenübertragung angestrebt werden, um diagnostisch relevantes Material zu generieren.

Funktional dient vages Sprechen insgesamt einerseits dazu, einem unangenehmen oder sensiblen Thema ein wenig auszuweichen, andererseits kann es dazu dienen, den Therapeuten zu einer Nachfrage zu veranlassen und dem Gespräch da-

mit thematisch eine neue Richtung zu geben. In beiden Fällen stellt vages Sprechen selbst damit keinen Hinweis auf eine Gefährdung der Allianz dar. Allerdings lässt sich fragen, wie sich die hier untersuchten Gespräche abhängig von den jeweiligen Reaktionen der Therapeuten entwickeln.

Um dieser Frage nachzugehen, möchte ich zunächst eine Sequenz besprechen, die aus Datum 3 bereits bekannt ist. Die Patientin T₃2 berichtet gerade von ihrer erkrankten Großmutter:

Datum 18: solche dinge

01 T₃2 oh n[e sie is bei meiner] Oma is grad wieder so_n
 kampf,
 02 [unverständlich]
 03 (0.4)
 04 T₃ hm
 05 (0.27)
 06 T₃ hm
 07 (0.98)
 08 T₃ macht sie das TRAUrig alle?
 09 T₃2 <<flüsternd> ja >
 10 T₃ hm
 11 (2.5)
 12 T₃ (sollt es TUN),
 13 ((P kämpft ca. 10 Sek. lang mit den Tränen))
 14 T₃2 °h ja e[s is (.)] sin [so na]ch un nach immer
 15 T₃ [(würd)] [hm]
 16 T₃2 schlimme SAchen passiert;
 17 (0.2)
 18 T₃ hm_hm;
 19 T₃2 °h grade in n (.) dieser kurzen zeit mit (.)
 sechzehn bis NEUNzehn;
 20 (0.35)
 21 T₃ hm_hm;
 22 T₃2 sin ja NUR °hh
 23 (0.33)
 24 T₃2 (NUR) solche dinge passiert;
 25 T₃ hm_hm,
 26 T₃2 °hh (un) man hat gar keine KRAFT <<mit
 weinerlicher Stimme> (außer verzweifelt irgendwie
 alles zu) >
 27 T₃ hm_hm,
 28 (0.54)
 29 T₃2 mit KLARzukommen;
 30 (0.32)
 31 T₃ ((schnalzt)) was is denn NOCH passiert in der
 zeit-
 32 (0.78)
 33 T₃2 EIniges;
 34 (0.2)
 35 T₃ hm_[hm;]

36 T₃2 [a]ls mein (.) Opa gestorben is °hhh (.)
 ((unverständlich)) is mein Opa gestorben,
 37 T₃ hm_hm,
 38 (0.55)
 39 T₃2 °hhh in der zeit kam dann mein VAtter in die
 klinik (.) wegen_m herz weil er_s nicht
 AUSgehalte[n hat,]
 40 T₃] [hm_hm
 41 T₃2 un meine MÜtter hatte schon zusammenbrüche
 gehabt, °hhh (.) ähm

Für die Patientin ist die gegenwärtige Gesprächssituation offenbar stark belastend, sie kämpft mit den Tränen, das Gespräch kommt für über zehn Sekunden zum Stocken. Als sie die Stimme wiedergewinnt, macht sie zunächst deutlich, dass es eine Reihe von Ereignissen in ihrer Jugend gab, die für sie schwer zu verarbeiten waren. Auf diese Ereignisse referiert sie mittels *schlimme SAchen* (Z. 16) und *solche dinge* (Z. 24) – sie deutet also lediglich an, dass es hier noch einiges mehr zu erzählen gibt. Der Therapeut geht auf diese Andeutung auch unmittelbar ein und ermutigt sie in Z. 31, Genaueres zu berichten. Die Patientin beginnt dann, die einzelnen Ereignisse aufzuzählen; ihre Stimme gewinnt dabei zunehmend an Festigkeit, die Anzahl der Pausen verringert sich, das Gespräch wirkt insgesamt flüssiger.

Die Patientin markiert ihren Hinweis auf diese familiären Ereignisse in mehrfacher Weise. Zum einen wird dieser Hinweis in Form der beiden Nominalphrasen *schlimme SAchen* und *solche dinge* gleich doppelt gegeben; zum anderen wird durch die Adverbien *nach un nach* sowie *immer* (Z. 14) die Häufigkeit der Ereignisse betont. Wie sehr sie die erwähnten Jugendjahre außerdem geprägt haben, wird durch den zweimal geäußerten und jeweils betonten Konnektor *NUR* (Z. 22 und 24) zum Ausdruck gebracht. Der Hinweis auf die verschiedenen Erkrankungen von Familienmitgliedern wird also sowohl auf lexikalischer als auch auf prosodischer Ebene besonders hervorgehoben. Die vagen Elemente ihrer Äußerung (*schlimme SAchen* und *solche dinge*) sind damit mehrfach markiert, die Patientin lädt den Therapeuten auf diese Weise geradezu zu einer Nachfrage ein. Das vage Sprechen lässt sich hier als Themensetzungsversuch interpretieren.

Als der Therapeut den Hinweis der Patientin aufgreift und die angedeuteten Ereignisse zum Thema des Gespräches macht, verschwindet die Prekarität der Gesprächssituation, die sich zuvor in den langen Pausen, im Kampf der Patientin mit den Tränen und ihrer weinerlichen Stimme manifestiert. T₃2 wird sicherer, das Gespräch selbst flüssiger. Ihr Themensetzungsversuch ist hier erfolgreich und er resultiert in einer insgesamt gefestigten Gesprächssituation. Indem also der Therapeut die Andeutungen der Patientin aufgreift und ihr die Möglichkeit gibt, hier ein neues Thema zu behandeln – nämlich Schicksalsschläge in der Familie –, gelingt es ihm, das

Gespräch am Laufen zu halten. Interessant ist dabei, dass es sich bei den angesprochenen Ereignissen z. T. ebenfalls um recht schwerwiegende Erkrankungen enger Familienmitglieder handelt, die bei der Patientin aber wiederum keinen Weinkrampf auslösen. Indem der Therapeut ihren Themensetzungsversuch anerkennt, gewinnt sie – so ließe sich vorsichtig postulieren – Handlungsmacht in der Gesprächssituation und kann sich wieder produktiv in den Gesprächsprozess einbringen. Eine problematische Situation wird so entschärft, die Allianz zwischen Therapeut und Patientin möglicherweise gestärkt.

Eine andere Art, vom Patienten eingebrachte Aspekte aufzugreifen, findet sich in dem folgenden Gesprächsausschnitt, den wir bereits aus Datum 11 kennen; der Patient hat im Vorlauf von seiner generellen Lebensunlust berichtet:

Datum 19: SCHEINbeziehung

01 T₁ ((schmatzt)) und !DAS! ist jetzt so_n
grundlebensgefühl die letzten jahre;

02 T₁₃ ja-

03 (0.71)

04 T₁ und_s gab nich mal irgendwann zwischendurch so
ne zeit und wenn nur kurz wo sie gemerkt ham da
gibt_s noch was andres und eigentlich möchten
sie_s DOCH (.) gern?

05 T₁₃ äh des war eigentlich so:: zwotauschendFÜNF s
letzte mal wo ich dann

06 (0.54)

07 T₁₃ die letzte SCHEINbeziehung hatte; sag mer ma SO,

08 (0.25)

09 T₁₃ h° ((schnieft))

10 (0.33)

11 T₁ okay,

12 (0.21)

13 T₁ °hhh weil sie eben äh so z zu zu FEI:ge? das
klingt ja

14 (0.66)

15 T₁ so ((schluckt)) °hh (.) wie so ne art

16 (0.28)

17 T₁ SELBSTeinschätzung-

18 (0.39)

19 T₁ (was sie) (.) +++ ähm ham sie eigentlich (.)
irgendwelche ÄNGste oder; (.) DInge wo sie sagen
des is irgendwie

20 (0.33)

21 T₁ se:hr hinderlich oder (.) stärkere ängste als
ANDre menschen die haben in bestimmten bereichen
°h

22 T₁₃ ähm: nee vielleicht is: (.) feige auch des
falsche WORT

... ...

23 T₁ ((schmatzt)) also es gibt jetzt NICHT
irgendwelche speziellen ängste °hhh die sie im
alltag beHINdern oder so das kann das kann ja
manchmal noch dazu kommen;

24 T₁₃ ähm ne[e]

25 T₁ [o]der so PANikzustände oder sowas?

26 T₁₃ ähm <<pfeifend> hh° > nee

27 T₁ nö (.) ja (.) es: (.) MUSS nich sein ne? nur es
is wichtig weil wenn DAS auch noch dazu kommt das
machts au nomal

28 (0.27)

29 T₁ zusätzlich schwer [(.)] °h [°hh]

30 T₁₃ [isch äh] [(is halt) äh]

31 (1.42)

32 T₁₃ nja äh (.) beZIEHUNG

33 (0.46)

34 T₁₃ kommt ja irgendwie nimmer in FRAGE un: so dann

35 (0.88)

36 T₁₃ ja (.) wenn ich (schon) weider auf der welt
bleib h° äh (.) dann halt alleINE irgendwann
zu sterben; °h isch mein jeder stirbt [für sich
alleINE aber-]

37 T₁ [(atmet ca. 1.3 Sek.
lang ein))] °h ((schmatzt)) °h

38 (0.36)

39 T₁₃ [des KÖNNde man vielleischt noch so als angst
bezeichnen ähm:f]

40 T₁ [ja ((atmet ca. 3 Sek. lang aus))
]

41 T₁₃ alleine ALT werden.

42 T₁ okay (.) ((atmet ca. 1.3 Sek lang ein))

43 (0.41)

44 T₁ ja jetzt ham sie das (.) mit den beziehungen ja
öfter erWÄHNT und [und grad das le]tzte (.) so

45 T₁₃ [°hhh]

46 (0.41)

47 T₁ n bisschen h°

48 (2.16)

49 T₁ sarKASTisch oder so gesacht eine SCHEINbeziehung,

50 (0.6)

51 T₁ was WAR das damals (.) zweitausendfünf?

52 (0.35)

53 T₁₃ ja SCHEINbeziehung sag isch halt weil:

54 (1.5)

55 T₁₃ im ENDeffekt is alles immer nu:r

56 (0.21)

57 T₁₃ auf verARSCHe rausgelaufen ähm dass: (.) dass
isch ausgenommen wurde isch [nur] (.) °hh

58 T₁ [ja]

59 T₁₃ an der NAse rumgeführt wurde-

Mit dem Wörtchen *SCHEINbeziehung* verweist der Patient auf eine frühere Bezie-

hung und bringt gleichzeitig eine Negativbewertung und Distanzierung von dieser Beziehung zum Ausdruck. Warum diese Distanzierung stattfindet und welches Verhältnis zu seiner damaligen Freundin dadurch impliziert wird, bleibt aber unbestimmt. Deutlich wird – nicht nur durch die lexikalische Gestaltung, sondern auch aufgrund der ironisierenden Intonation und des Heckenausdrucks *sag mer ma SO* – eine starke emotionale Involviertheit des Patienten hinsichtlich dieser Beziehung: Das Thema geht ihm auch vier Jahre nach der Trennung noch nah. Der Patient sagt auf diese Äußerung hin zunächst nichts mehr und signalisiert dem Therapeuten damit, den Turn zu übernehmen. Dessen *okay* in Z. 39 lässt sich einerseits als Ratifikation der Äußerung des Patienten, andererseits aber – durch die leicht steigende Intonation am Ende – auch als Verunsicherung anzeigende Partikel lesen. Er zögert, den Turn zu übernehmen, und in den folgenden Sequenzen kommt es zu Formulierungsschwierigkeiten. Die Andeutung des Patienten scheint für T_1 hier Probleme zu bereiten: Er würde gern mit der Beschwerdeexploration fortfahren, scheint aber keinen rechten Anschluss zu finden.

Eine mögliche Ursache könnten hier unterschiedliche kommunikative Zielsetzungen sein: Während der Patient ein für ihn zentrales Thema in markierter Weise andeutet und damit versucht, ein neues Thema zu setzen, liegt das Anliegen des Therapeuten an dieser Stelle insbesondere in der Exploration von Beschwerden. Der diagnostische Aspekt des Gespräches steht für ihn im Mittelpunkt, nicht der therapeutische. Er will zunächst lediglich Informationen sammeln, die ihm eine Beurteilung des Zustandes des Patienten erlauben. Der Leitfaden des OPD-Gesprächs steht hier ganz im Vordergrund und macht es für den Therapeuten schwieriger, flexibel auf die Andeutung des Patienten zu reagieren. Die vage Formulierung des Patienten greift er an dieser Stelle nicht auf.

Stattdessen fragt der Therapeut nun nach bestehenden Ängsten. Der Patient versteht die Frage an dieser Stelle als die Frage danach, warum er sich bisher noch nicht das Leben genommen hat und erläutert in den folgenden Sequenzen, dass ihn lediglich Rücksichtnahme auf die Gefühle seiner Mutter davon abhält. Auf nochmalige Nachfrage seitens des Therapeuten nach Ängsten kommt $T_{1,3}$ dann wieder auf das Thema Beziehung zu sprechen und sagt, die Vorstellung *alleine irgendwann zu sterben* (Z. 36), könne man *vielleischt noch so als angst bezeichnen* (Z. 39). Diese Ausführungen ratifiziert der Therapeut in Z. 41 mit einem fallend intonierten *okay*, das die Thematik gleichzeitig abschließt. Er atmet dann relativ lange und deutlich ein: Er holt sozusagen Luft für den nächsten Abschnitt, zu dem er dann in Z. 44 überleitet.

Dabei verweist der Therapeut zunächst darauf, dass der Patient *das (.) mit denbeziehungen ja öfter erWÄHNT* habe, er beruft sich also auf Äußerungen des Patienten. Er demonstriert damit, dass er die Andeutungen gehört und verstanden hat und dass er weiß, dass dem Patienten das Thema am Herzen liegt. Deutlich wird dies insbesondere durch die resümierende Partikel *ja* und die Referenz auf

das wiederholte Anschneiden des Themas durch das Adverb *öfters*. Der Therapeut macht damit deutlich, dass er die Agenda des Patienten ernst nimmt und an dieser Stelle zu seiner eigenen macht. Darüber hinaus nimmt er Bezug auf *grad das letzte* und kommentiert den Wortlaut des Patienten (*SCHEINbeziehung*), den er zudem mit gleicher Akzentuierung übernimmt, metakommunikativ als *sarkASTisch oder so* (Z. 49). Er interpretiert damit also zum einen die Äußerung des Patienten, gibt diesem darüber hinaus einen Anknüpfungspunkt zum Erzählen und begründet die Wahl dieses Anknüpfungspunktes mit der Markiertheit der Äußerung. Darüber hinaus dokumentiert auch dieser Metakommentar das genaue Zuhören des Therapeuten und signalisiert dem Patienten damit, dass seine Äußerungen gehört und ernst genommen werden, auch wenn sie – wie hier – nicht unmittelbar Thema des Gespräches werden. So gelingt es dem Therapeuten, durch das Aufgreifen der patientenseitigen Äußerung 1 Minute und 44 Sekunden nach der Erwähnung der *SCHEINbeziehung* zu einer weiteren Phase des OPD-Gesprächs überzuleiten, nämlich der Exploration der Beziehungsachse.

T₁ hält sich hier also recht eng an den Leitfaden des OPD-Gesprächs und geht erst zur nächsten Gesprächsphase über, als er genügend Informationen zur vorhergehenden gesammelt hat bzw. nachdem der Patient von sich aus ein zweites Mal auf das Thema „Beziehung“ zu sprechen kommt. Gleichzeitig nutzt er aber die vage Äußerung des Patienten als Ressource, um von einer Phase des Gespräches zu einer anderen überzuleiten. Insofern dient die vage Äußerung dem Therapeuten als Ressource zur Gestaltung der Themenentwicklung.¹⁹

Die Hinweise der Patienten, die sich hinter vagen Äußerungen häufig verbergen, können von den Therapeuten also als Ressourcen zur Gesprächsführung genutzt werden. Sie ermöglichen es ihnen, Anknüpfungspunkte der Patienten zur Überleitung von einer Gesprächsphase zur nächsten zu nutzen und diese dadurch an der Themenentwicklung zu beteiligen. Indem die Therapeuten die Andeutungen der Patienten aufgreifen und ihre Themensetzungsversuche ratifizieren, geben sie ihnen die Möglichkeit, sich aktiv in den Gesprächsprozess einzubringen. Auch dies dürfte sich positiv auf die Allianz zwischen Therapeut und Patient auswirken.

Durch das Eingehen auf Themensetzungsversuche der Patienten kann zum einen also eine instabile Gesprächssituation entschärft und Stabilität wiederhergestellt

¹⁹ Dabei werden an solchen Punkten gleichzeitig die unterschiedlichen Gesprächsstile deutlich: T₁ lässt wiederholt – wie hier – durchblicken, dass er Gesprächsblöcke abschließt bzw. beginnt; gelegentlich signalisiert er auch, dass er zunächst bei einem Thema bleiben will und auf andere Aspekte später zurückkommen wird. Er lässt sich deutlich anmerken, dass er mit seinen Fragen und der Art der Themenentwicklung einem bestimmten Plan folgt. Zwar nutzt er vom Patienten eingebrachte Stichworte als Angelpunkte, mit denen er von einer Gesprächsphase zur nächsten übergehen kann, die Phasenstruktur selbst jedoch tritt hier deutlicher hervor als in anderen Gesprächen. Andere Therapeuten verzichten beispielsweise auf metakommunikative Kommentare, das Aufgreifen patientenseitiger Formulierungen dient ihnen stärker noch als Ressource, um von einer Gesprächsphase zur anderen überzuleiten. Die zugrundeliegende Struktur bleibt in solchen Gesprächen dann intransparenter.

werden. Zum anderen können vage Äußerungen der Patienten als Ressourcen dienen, um von einer Gesprächsphase zur nächsten überzuleiten. Indem der Therapeut Hinweise des Patienten aufgreift und als Ressource zur Gesprächsführung nutzt, kann er den Patienten in dem Gefühl bestärken, handlungsmächtiger Part des Gespräches zu sein.

Vages Sprechen kann demnach den Patienten dazu dienen, eigene Schwerpunkte zu setzen; gleichzeitig kann der Therapeut diese Schwerpunktsetzungen im Rahmen des diagnostischen Gespräches nutzbar machen, indem er sie als Impulse für seine eigene Gesprächsführung verwendet. Dies gelingt den Therapeuten auch dann, wenn sie nicht unmittelbar auf einen Themensetzungsversuch eingehen können oder wollen. Durch den späteren Rückgriff auf die eigenen Worte der Patienten können die Therapeuten deutlich machen, dass sie dem Patienten zugehört und dessen Andeutung nicht willkürlich übergangen haben. Vages Sprechen wird damit sowohl für die Patienten als auch für die Therapeuten zu einer fruchtbaren Ressource für den Gesprächsprozess.

Hinsichtlich der Allianz zwischen Therapeut und Patient lassen sich auf der Grundlage der bisherigen Analyse lediglich Hypothesen formulieren. Unseres Erachtens wirken sich aber das Aufgreifen von patientenseitigen Äußerungen sowie das Eingehen auf Themensetzungsversuche positiv auf die Allianz zwischen Therapeut und Patient aus. Der Patient wird als handlungsmächtiger Gesprächspartner wahrgenommen, seine Initiativen werden vom Therapeuten angenommen. Das Gespräch entwickelt sich als wechselseitiger Prozess, in dem beide Parteien die Möglichkeit haben, sich einzubringen. Zwar ist die Gesprächssituation grundsätzlich asymmetrisch: Der Therapeut verfügt über größere Durchführungsrechte, kann und muss das Gespräch also leiten. Durch vages Sprechen hat aber auch der Patient die Möglichkeit, eigene Schwerpunkte zu setzen – sofern der Therapeut darauf eingeht. Vor diesem Hintergrund muss vages Sprechen als relevant für die Allianz erachtet werden; genauere Zusammenhänge erfordern aber eine eingehendere Analyse.²⁰

6.2 Relevanzen für die Systemebene

Die folgenden Ausführungen stellen erste Überlegungen dar, welche therapeutischen Implikationen aus den Beobachtungen zum vagen Sprechen resultieren könnten.

Im OPD-Leitfaden nimmt die Strukturachse eine besondere Stellung ein. Das strukturelle Integrationsniveau von Patienten ist „nach dem Verständnis der Autoren [der OPD-2, Anm. d. Verf.] eine grundlegende diagnostische Dimension [...], die die Qualität und den Charakter der übrigen durch die OPD beschriebenen Merkmale

²⁰ Zudem ist das methodische Problem zu lösen, dass vages Sprechen sich nur dort nachweisen lässt, wo die Therapeuten auf Äußerungen der Patienten reagieren. Um nachweisen zu können, dass durch Ignorieren von Themensetzungsversuchen negative Effekte entstehen, müsste man aber solche Stellen analysieren, in denen die Therapeuten nicht reagieren.

wesentlich (mit)bestimmt“ (OPD-2: 133). Das Strukturniveau der Patienten manifestiert sich zudem im interaktionalen Handeln; die Therapeuten können an der Art der Interaktion eines Patienten während des Diagnosegesprächs also einiges über dessen Strukturniveau ablesen (OPD-2: 120f.). Damit wird diese Achse zu einem Feld, in dem die Gesprächsanalyse – als genuin auf die Interaktion hin orientierte Disziplin – potentiell besonders viel zum therapeutischen Fachwissen beitragen kann. Wir möchten deshalb zwei Punkte anführen, die möglicherweise Anknüpfungspunkte für weitere linguistische, ggf. auch psychologisch-psychotherapeutische Analysen bieten.

Dabei handelt es sich erstens um das Phänomen der Teilresponsivität: Wir haben gezeigt, dass Patienten manchmal Handlungserwartungen der Therapeuten nicht voll erfüllen. In manchen Gesprächen geschieht dies wiederholt: Die Patienten scheinen hier die Erwartungen des Therapeuten nur schwer antizipieren zu können. So entsteht der Eindruck, dass ihre Antworten immer wieder an der Frage des Therapeuten ‚vorbeigehen‘. Dahinter könnten sich möglicherweise strukturelle Probleme verbergen: So könnte es in Bezug auf das Gegenüber (im Kontext der OPD-Diagnosegespräche in Bezug auf den Therapeuten) sein, dass dessen Erwartungen für den Patienten nicht genügend antizipierbar und einzuordnen sind, oder aber dass eigene Gefühlswelten nicht hinreichend gut gegenüber dem Gegenüber formuliert, ausgedrückt und transportiert werden können oder generell Schwierigkeiten in der vertrauensvollen Kontaktaufnahme bestehen. In Hinblick auf den Selbstbezug könnten diese strukturellen Probleme darin zu sehen sein, dass der Patient sich und seine Gefühle nicht genügend wahrnehmen, differenzieren und damit auch nicht an das Gegenüber kommunizieren kann.

Zweitens könnte auch das Phänomen der Relevanzhochstufung durch Rückstufung Rückschlüsse auf strukturelle Aspekte zulassen. Wo Patienten dazu neigen, Schwieriges und Belastendes immer wieder oder gar generell zurückzustufen und herunterzuspielen, scheinen sie Schwierigkeiten zu haben, Emotionales zu artikulieren. Hier könnte vages Sprechen dazu dienen, etwas zum Ausdruck zu bringen, was von dem Patienten mit (z.B. den oben genannten) strukturellen Einschränkungen, noch nicht in all seinen Facetten ‚verstanden‘/ werden konnte, oder aber bei Patienten mit neurotischen Konflikten die Selbstkongruenz des Patienten in Frage stellt und die genauere Betrachtung zu großen intrapsychischen Spannungen führt und deshalb abgewehrt werden muss. Insofern könnten die Vorkommen vagen Sprechens wichtige Ankerpunkte sein, die der Patient somit zwar versucht zu ‚verbergen‘, andererseits zeitgleich aber auch deutlich markiert. Dies bedeutet, dass der Therapeut diesen vagen Formulierungen besondere Aufmerksamkeit schenken sollte. Sich die genaue Formulierung des vagen Sprechens zu merken, birgt den Vorteil, dass diese für den Patienten einen ‚Wiedererkennungswert‘/ haben. Wenn sie zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen werden, können sie für den

Patienten und auch den Therapeuten für den gesamten hinter der vagen Formulierung liegenden Themenkomplex und dessen Exploration und Bearbeitung stehen. Unter dem Gesichtspunkt der Diagnostik kann es deshalb auch sinnvoll sein, diese Formulierungen vagen Sprechens an die Weiterbehandler zu übermitteln. Zeitgleich sind die Formulierungen zum vagen Sprechen Stellvertreter für einen wichtigen Themenkomplex, hinter dem zahlreiche subsumierte Erfahrungen und Erlebnisse des Patienten stehen, deren Bewertung mit der (vagen) Formulierung fixiert wird. Entsprechend kann es im Verlauf wichtig sein, entsprechend der Exploration und der Bearbeitung diese Formulierung auch in Frage zu stellen oder zu modifizieren.

Auch wenn vages Sprechen selbst noch keinen direkten Hinweis auf das Strukturniveau der Patienten gibt, ist es von äußerstem Interesse, in weiterführenden Untersuchungen sowohl in Hinblick auf OPD-Diagnosegespräche, aber auch Therapiegespräche zu explorieren, ob vages Sprechen in Abhängigkeit vom Strukturniveau (vgl. Ehrenthal 2014) oder aber auch weiterer Patientencharakteristika wie den Bindungseigenschaften (vgl. Mikulincer/Shaver 2007) oder bei (komplexer) Traumatisierung (vgl. Schattauer 2018) häufiger auftritt und wie sich vages Sprechen im Verlauf einer Therapie entwickelt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass, wo die Patienten vage bleiben, weil eine sensible Thematik besprochen wird, ihre Schutzmechanismen aktiv werden; zeitgleich versuchen sie damit aber auch häufig, Themen zu setzen. Sie bringen sich auf diese Weise produktiv in den Gesprächsprozess ein. Insbesondere Themensetzungsversuche könnten somit auch als ein Beispiel für gelingende Kommunikation und Kooperation zwischen den Gesprächspartnern betrachtet werden.

7 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Arbeit haben wir versucht, den Begriff der Vagheit gesprächsanalytisch zu fassen. Wir wollten Vagheit nicht als ein Problem der Kategorisierung betrachten, sondern beschreiben, was an der sprachlichen Oberfläche passiert, wenn wir eine Äußerung als zu vage empfinden. Wir haben dann versucht, diesen sprachlichen Formen innerhalb des untersuchten Interaktionstyps – psychotherapeutischen Diagnosegesprächen – Funktionen zuzuordnen in der Annahme, dass alle Elemente eines Gespräches grundsätzlich funktional eingesetzt werden. Da es sich bei vagem Sprechen, wie der Begriff hier gefasst wurde, um eine interaktive Kategorie handelt, wurden darüber hinaus die verschiedenen Reaktionen der Therapeuten auf vages Sprechen in den vorliegenden Gesprächen beschrieben. Im Anschluss an die Analyse haben wir außerdem versucht, die Perspektive der Psychotherapie mit einzubeziehen und Ansatzpunkte für weitere Untersuchungen auszuleuchten, die für Psychologen von Interesse sein könnten. Auf diese Weise hoffen wir, einen kleinen Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit zu leisten.

Im Rahmen der Analyse haben wir darüber hinaus Problemfälle diskutiert, auf die wir im Laufe der Analyse gestoßen sind. Wir haben damit die Schwierigkeiten des Begriffs ‚vages Sprechen‘ deutlich gemacht. So gibt es beispielsweise Situationen, die auf den ersten Blick wie vages Sprechen aussehen. Bei genauerem Hinsehen stellt man aber fest, dass die Patienten lediglich versuchen, die Maxime der Quantität zu beachten, also nicht mehr zu sagen als notwendig – was für die Therapeuten in diesen Fällen aber nicht genug ist. Freilich könnten beide Phänomene auch ineinander übergehen, so dass vages Sprechen dann entsteht, wenn jemand versucht, die Maxime der Quantität zu beachten und sie dadurch verletzt. Konkret beobachtet haben wir das jedoch nicht. In unseren Daten gibt es nur Situationen, in denen es zunächst so aussieht, als entstünde eine semantische Lücke; bei näherer Betrachtung stellt sich dann jedoch heraus, dass es hier keine Verstehensproblematik gibt, sondern der Therapeut aufgrund seiner Funktion einen höheren Informationsbedarf hat, als der Patient antizipieren kann.

Ein weiteres Problem ist methodischer Natur: Vages Sprechen lässt sich nur dann nachweisen, wenn Turbulenzen im Interaktionsgeschehen auftreten. Wo dies nicht der Fall ist, muss davon ausgegangen werden, dass eine Äußerung zwar vielleicht für uns selbst semantisch unterspezifiziert ist, nicht aber für die Interaktionsteilnehmer. Wenn Reaktionen der Therapeuten ausbleiben, kann eine Äußerung nicht mehr als vages Sprechen analysiert werden, auch wenn sie strukturelle und funktionale Ähnlichkeiten mit anderen, vagen Äußerungen aufweist.

Schließlich lassen sich manche Interaktionssituationen nicht sofort eindeutig interpretieren, sondern es bedarf eines relativ großen Analyseaufwandes, um diese Ausschnitte angemessen einzuordnen. Dies gilt für vages Sprechen insbesondere

deshalb, weil es sich dadurch auszeichnet, dass etwas fehlt. Eine Lücke lässt sich aber schwerer beschreiben und erfassen als andere, greifbarere Phänomene.

Auch mit der Besprechung von dem vagen Sprechen verwandten sprachlichen Formen haben wir versucht zu zeigen, dass die Kategorie ihre Schwierigkeiten hat. An einigen Stellen stellte sich das, was wir zunächst als vages Sprechen analysieren wollten, bei genauerer Betrachtung als ein etwas anderes Phänomen heraus. So erzeugen Teilresponsivität und Hochstufung durch Rückstufung ähnliche Effekte wie vages Sprechen; z. T. erfüllen sie auch die gleichen Funktionen. Es sind aber Phänomene, die sich bei genauem Hinsehen auch von vagem Sprechen unterscheiden.

Vages Sprechen kann an der Sprachoberfläche also viele konkrete Formen annehmen; gleichzeitig empfinden wir offenbar vieles als vage, was nicht der hier gewählten Definition entspricht. Die Problematik nimmt ihren Ausgangspunkt möglicherweise in dem vorwissenschaftlichen Verständnis von Vagheit, das unser Herantasten an die Daten zunächst geleitet hat. Ganz zu Anfang der Untersuchung wurde ein alltagssprachliches Verständnis von Vagheit an die Daten angelegt, das zwar als Eindruck gerechtfertigt sein mag, als Kategorie aber möglicherweise nicht vollends passt.

Am Ende der Arbeit kommen wir zu der Überlegung, dass es fruchtbar sein könnte, sich der Thematik noch von einer anderen Perspektive aus zu nähern. Ein möglicher Ansatzpunkt für eine erneute Betrachtung dieser Daten wäre, sie unter dem Aspekt der Funktionalität zu untersuchen und beispielsweise zu fragen, welche Strategien Patienten haben, um eigene Themen einzubringen bzw. das Gespräch (mit) zu steuern, und wie sie mit sensiblen Themen umgehen. Diese funktionale Perspektive ließe sich dann auch ganz direkt in die psychotherapeutische Praxis und Didaktik überführen, indem entsprechende Gesprächsstrategien der Patienten transparenter gemacht werden. Die Therapeuten können sie dann erkennen und entsprechend reagieren. Formal lassen sich viele der besprochenen Gesprächsausschnitte aber sicherlich auch unter den Aspekten ‚ärztliches Fragen‘, ‚Reparaturen‘ oder ‚Relevanzmarkierungen‘ (Sator 2003) fruchtbar betrachten und beschreiben.

Die entscheidende Frage ist letztlich aber vielleicht nicht, was der ‚richtige‘ Zugang zu den beschriebenen Phänomenen ist. Wir meinen, dass das interaktive Geschehen in Gesprächen oftmals zu vielschichtig ist, als dass ihm eine einzige Analyseperspektive immer gerecht würde. Die Phänomene, die hier untersucht wurden, spielen sich auf sprachstruktureller, auf gesprächsorganisatorischer sowie auf handlungsorientierter Ebene ab. Sie sind hochgradig komplex und lassen sich deshalb sicherlich auf viele verschiedene Arten angemessen beschreiben. Erst in der Synthese vieler verschiedener Perspektiven entsteht möglicherweise ein akkurates Bild des Gegenstandes. Diese Arbeit soll dazu ein Beitrag sein.

Appendix: Transkriptionskonventionen

Transkriptionskonventionen nach GAT2

[]	Überlappungen und Simultansprechen
[]	
=	schneller, unmittelbarer Anschluss
(.)	Mikropause, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
(0.35)	gemessene Pause
°h/h°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
°hh/hh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
°hhh/hhh°	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
akZENT	Fokusakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
?	hoch steigende Tonhöhenbewegung
,	mittel steigende Tonhöhenbewegung
-	gleichbleibende Tonhöhenbewegung
;	mittel fallende Tonhöhenbewegung
.	tief fallende Tonhöhenbewegung
geht_s	Verschleifungen
: / :: / :::	Dehnung, Längung um ca. 0.2-0.5 Sek. / 0.5-0.8 Sek. / 0.8-1.0 Sek.
hm	einsilbiges Rezeptionssignal
hm_hm	zweisilbiges Rezeptionssignal
mh_mh	zweisilbiges Rezeptionssignal mit Glottalverschluss, verneinend
((lacht))	para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse
<<lachend> nein>	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse, Interpretationen (jeweils mit Reichweite)
()	unverständliche Passage
(raus)	vermuteter Wortlaut
(raus/haus)	mögliche Alternativen
(xxx) / (xxx xxx)	ein / zwei unverständliche Silben
...	Auslassung eines Teils des Transkriptes

Literaturverzeichnis

- Aaarts, Bas/Denison, David/Keizer, Evelien/Popova, Gergana (2004): *Introduction*. In: Aarts et al. (Hrsg.): *Fuzzy Grammar. A Reader*. Oxford. S. 1–28.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2009): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapie*. Bern.
- Deppermann, Arnulf (2007): *Grammatik und Semantik aus gesprächsanalytischer Sicht*. Berlin/New York. (Linguistik – Impulse & Tendenzen 14)
- Duden (2009): *Die Grammatik. Unentbehrlich für richtiges Deutsch*. Bd. 4. Mannheim/Wien/Zürich. (Der Duden in zwölf Bänden)
- Ehrenthal, Johannes C. (2017): *Psychodynamische Psychotherapie – Grundlagen, Wirksamkeit, Methoden, Techniken*. In: PSYCH up2date. Vol. 11/03. S. 267–286.
- Ehrenthal, Johannes C. (2014): *Strukturdiagnostik – Neue Ergebnisse aus der Forschung für die Praxis*. In: *Psychodynamische Psychotherapie*. Vol. 13. S. 103–114.
- Ehrenthal, Johannes C./Grande, Tilman (2014): *Fokuserorientierte Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – ein integratives Modell*. In: *PiD – Psychotherapie im Dialog*. Vol. 3. S. 80–85.
- Grammatisches Wörterbuch. In: grammis 2.0. das grammatische informationssystem des instituts für deutsche sprache (ids). http://hypermedia.ids-mannheim.de/call/public/gramwb.ansicht?v_app=g.
- Egbert, Maria (2009): *Der Reparatur-Mechanismus in deutschen Gesprächen*. Mannheim.
- Grice, Paul (1968): *Utterer's Meaning, Sentence-Meaning, and Word-Meaning*. In: *Foundations of Language*. Vol. 4/3. S. 225–242.
- Gülich, Elisabeth/Mondada, Lorenza (2008): *Konversationsanalyse. Eine Einführung am Beispiel des Französischen*. Tübingen. (Romanistische Arbeitshefte 52)
- Holly, Werner (2001): *Beziehungsmanagement und Imagearbeit*. In: Brinker et al. (Hrsg.): *Text- und Gesprächslinguistik. Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft*. Berlin/New York. S. 1382–1393.
- Haakana, Markku (2001): *Laughter as a patient's resource: Dealing with delicate aspects of medical interaction*. In: *Text*. Vol. 21/½ Special Issue: Lay Diagnosis. S. 187–219.
- Keefe, Rosanna (2000): *Theories of Vagueness*. Cambridge.
- Kemmerling, Andreas (1991): *Implikatur*. In: Stechow/Wunderlich (Hrsg.): *Semantik. Ein internationales Handbuch der zeitgenössischen Forschung*. Berlin/New York. S. 319–333. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 6)
- Kitzinger, Celia (2013): *Repair*. In: Sidnell/Stivers (Hrsg.): *Handbook of Conversation Analysis*. Malden. S. 229–256.
- Lakoff, George (1973): *Hedges: A Study in Meaning Criteria and the Logic of Fuzzy Concepts*. In: *Journal of Philosophical Logic*. Vol. 2/4. S. 458–508.
- Lalouschek, Johanna (2002): *Frage-Antwort-Sequenzen im ärztlichen Gespräch*. In:

- Brünner/Fiehler/Kindt (Hrsg.): *Angewandte Diskursforschung*. Bd. 1. Radolfzell. S. 155–173.
- Linke, Angelika/Nussbaumer, Markus/Portmann, Paul R. (2004): *Studienbuch Linguistik*. Tübingen. (Reihe Germanistische Linguistik 121)
- Merziger, Barbara (2005): *Das Lachen von Frauen im Gespräch über Shopping und Sexualität*. Berlin.
http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000001869.
- Mikulincer, Mario/Shaver, Phillip R (2007): *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York.
- Müller, Klaus (1980): *Interaktionssemantik*. In: *Deutsche Sprache* 8. S. 289–305.
- Müller, Klaus (1984): *Rahmenanalyse des Dialogs. Aspekte des Sprachverstehens in Alltagssituationen*. Tübingen. (Tübinger Beiträge zur Linguistik 232)
- Muntigl, Peter/Horvath, Adam O. (2013): *The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation*. In: *Psychotherapy Research*. S. 1–19.
- Nowak, Peter/Spranz-Fogasy, Thomas (2008): *Medizinische Kommunikation – Arzt und Patient im Gespräch*. In: *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache* 34. S. 80–96.
- Pinkal, Manfred (1991): *Vagheit und Ambiguität*. In: Stechow/Wunderlich (Hrsg.): *Semantik. Ein internationales Handbuch der zeitgenössischen Forschung*. Berlin/New York. S. 250–269. (Handbücher zur Sprach- und Kommunikationswissenschaft 6)
- Richter, Martina (2013): *Die Sichtbarmachung des Familialen. Gesprächspraktiken in der Sozialpädagogischen Familienhilfe*. Weinheim/Basel.
- Sack, Martin/Sachsse, Ulrich/Schellong, Julia (Hrsg.) (2018): *Komplexe Traumafolgestörungen: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart.
- Safran, Jeremy D./Muran, J. Christopher/Eubanks-Carter, Catherine (2011): *Repairing Alliance Ruptures*. In: *Psychotherapy*. Vol. 48/1. S. 80–87.
- Safran, Jeremy D./Muran, J. Christopher/Proskurov, Bella (2009): *Alliance, Negotiation, and Rupture Resolution*. In: Levy/Ablon (Hrsg.): *Handbook of Evidence Based Psychodynamic Therapy*. New York. S. 201–225.
- Sandig, Barbara (1990): *Gesprächsanalyse und Psychotherapie*. In: Ehlich et al. (Hrsg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*. Darmstadt. S. 173–181.
- Sator, Marlene (2003): *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz*. Wien.
- Schegloff, Emanuel A. (1992): *Repair After Next Turn: The Last Structurally Provided Defense of Intersubjectivity in Conversation*. In: *American Journal of Sociology*, Vol. 97/5. S. 1295–1345.
- Schröder, Ulrike E. (2013): *Veränderung von Deutungsmustern und Schemata der*

Erfahrung. Depressive Patienten in der Interaktion klinischer Psychotherapie.
Wiesbaden.

Schwitalla, Johannes (1979): *Dialogsteuerung in Interviews. Ansätze zu einer Theorie der Dialogsteuerung mit empirischen Untersuchungen von Politiker-, Experten- und Starinterviews in Rundfunk und Fernsehen.* München. (Linguistische Grundlagen 15)

Schwitalla, Johannes (2006): *Gesprochenes Deutsch. Eine Einführung.* Berlin. (Grundlagen der Germanistik 33)

Spranz-Fogasy, Thomas (2010): *Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patienten-Gespräch.* In: Deppermann et al. (Hrsg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern.* Tübingen. S. 27–116.

von Fabock, Friederike (2010): *Zur Dynamik narrativer (Re-)Konstruktionen im Behandlungsverlauf dissoziativer Patienten.* Bielefeld. (Dissertation)

Wrobel, Arne (1990): *Der Therapeut schweigt. Zur konversationellen Struktur und Funktion von Schweigehandlungen in der Psychotherapie.* In: Ehlich et al. (Hrsg.): *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen.* Darmstadt. S. 241–255.

Zimmermann, Johannes/Ehrenthal, Johannes C./Cierpka, Manfred/Schauenburg, Henning/Doering, Stephan/Benecke, Cord (2012): *Assessing the Level of Structural Integration Using Operationalized Psychodynamic Diagnosis (OPD): Implications for DSM-5.* In: *Journal of Personality Assessment.* Vol. 94/5. S. 522–532.