

Sina Läßle / Christoph Nikendei
Johannes C. Ehrental / Susanne Kabatnik
Thomas Spranz-Fogasy

Therapeutische Reaktionen auf Patientenwiderstand in psychodiagnostischen Gesprächen am Beispiel Lösungsorientierter Fragen

Empirische Kommunikationsforschung
im Gesundheitswesen (EKiG) Band 8

Verlag für Gesprächsforschung

Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2021
<http://www.verlag-gespraechsforschung.de>
ISBN 978 - 3 - 936656 - 81 - 7

Diese Publikation wurde unterstützt vom



Alle Rechte vorbehalten.

© Verlag für Gesprächsforschung, Dr. Martin Hartung, Göttingen 2021

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

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	6
2	Linguistik und Psychotherapie	8
2.1	Psychotherapiegespräche als kommunikative Gattung	8
2.2	Linguistische Psychotherapieforschung.....	13
2.3	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)	16
3	Psychotherapeutische Gesprächshandlungen.....	22
3.1	<i>Formulations</i>	23
3.2	<i>Reinterpretative statements</i>	26
3.3	<i>Extensions</i>	27
3.4	Fragen.....	28
4	Fragehandlungen	30
4.1	Sequenz- und Präferenzorganisation.....	30
4.2	Formale und funktionale Klassifikation.....	35
4.3	Lösungsorientierte Fragen	38
5	Widerstand als interdisziplinärer Forschungsgegenstand	41
5.1	Widerstand aus psychoanalytischer Perspektive	41
5.2	Widerstand aus linguistischer Perspektive	44
5.3	Therapeutischer Umgang mit kommunikativem Widerstand	52
6	Zielsetzung, Forschungsmethode und Datengrundlage	55
6.1	Gesprächsanalyse.....	55
6.2	Datenmaterial	57
6.3	Methodisches Vorgehen	59
7	Empirische Analyse therapeutischen Widerstandsmanagements	61

7.1	Expansionsinitiierende Reaktionen.....	61
7.1.1	Interpretative Elaboration	62
7.1.2	Expansionsanforderung	71
7.1.3	Fokusverlagerung.....	92
7.1.4	Zwischenergebnisse.....	108
7.2	Reparaturinitiierende Reaktionen	109
7.2.1	Kritische Intervention	111
7.2.2	Persistentes Nachfragen	126
7.2.3	Zwischenergebnisse.....	133
7.3	Themenwechsel	134
8	Zusammenfassung und Diskussion	152
9	Literaturverzeichnis.....	159
10.	Anhang	168
10.1	Transkriptionskonventionen nach GAT2.....	168
10.2	Abbildungsverzeichnis.....	169
10.3	Tabellenverzeichnis.....	169
10.4	Verwendete Transkriptausschnitte.....	170
10.4.1	T1_4 (1)	170
10.4.2	T1_4 (2)	174
10.4.3	T2_2 (1)	176
10.4.4	T3_1 (1)	178
10.4.5	T3_1 (2)	185
10.4.6	T3_1 (3) (01:23:31) – T3_1 (4) (01:24:29) – T3_1 (5) (01:25:14).....	189
10.4.7	T3_1 (6)	203
10.4.8	T3_1 (7)	207
10.4.9	T3_2 (1)	210
10.4.10	T3_2 (3)	212
10.4.11	T3_2 (5)	214

10.4.12	T4_1 (1)	216
10.4.13	T4_2 (2)	218
10.4.14	T5_1 (1)	229
10.4.15	T5_2 (1)	232

1 Einleitung

Eine grundlegende Voraussetzung für das Gelingen jeglicher Art von Kommunikation ist ein solidarisches und kooperatives Gesprächsverhalten der Interaktanten. Sprecher und Hörer müssen sich dabei stets an einem übergeordneten Kommunikationsziel sowie an den Äußerungen des Anderen orientieren und ihre Gesprächsbeiträge den lokalen Anforderungen der Interaktion entsprechend produzieren. Auch und gerade für die Wirksamkeit der Psychotherapie ist ein solch prosoziales Verhalten unerlässlich, da der Wille sowie die Fähigkeit des Patienten,¹ über (meist problematische) Erfahrungen und Gefühle zu sprechen ausschlaggebend für den Erfolg des therapeutischen Prozesses sind. Dennoch kommt es in psychotherapeutischen Gesprächen immer wieder zu Widerstands- und Abwehrreaktionen seitens der Patienten, die häufig in höchst subtiler Art und Weise zum Ausdruck kommen: Ausbleibende oder ausweichende Antworten, minimale Redebeiträge, unspezifische, vage oder sarkastische Äußerungen sind neben hochgradig unkooperativen Widerstandspraktiken, wie verbalisiertem Nichtwissen, nur einige Möglichkeiten, mit denen sich Patienten therapeutischen Fragen im Gespräch widersetzen können (vgl. Marciniak et al. 2016: 4).

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie sich der Umgang mit „widerständigen“ Patienten in der Psychotherapie gestaltet. Trotz ihrer Ubiquität im psychotherapeutischen Alltag haben therapeutische Strategien des Umgangs mit Patientenwiderstand aus linguistischer Sicht bislang jedoch vergleichsweise wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren. Insbesondere im Zusammenhang mit einem erst kürzlich entdeckten Fragetyp, der lösungsorientierten Frage (vgl. Mack et al. 2016), existiert bis dato keine empirisch basierte Studie zu therapeutischen Praktiken des Widerstandsmanagements. Dieses Defizit möchte die vorliegende Untersuchung beheben. Die gesprächsanalytische Untersuchung wird dabei durch folgende Forschungsfrage angeleitet: Wie reagieren Therapeuten auf kommunikativen Widerstand infolge lösungsorientierter Fragen? Das Forschungsinteresse richtet sich auf eine systematische Analyse des Widerstandsmanagements und strebt eine Typologisierung

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit die generische Maskulinform verwendet, die sowohl das männliche als auch das weibliche Geschlecht miteinschließt.

zur funktionalen Beschreibung therapeutischer Reaktionen in diagnostischen Erstgesprächen an.

Im folgenden Kapitel wird zunächst der Frage nachgegangen, wie Linguistik und Psychotherapie miteinander verbunden werden können. In diesem Zusammenhang soll ein theoretischer Überblick über psychotherapeutische Gespräche als kommunikative Gattung, die linguistische Psychotherapieforschung und das Konzept der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik gegeben werden. Im dritten Abschnitt werden die für den empirischen Teil relevanten therapeutischen Gesprächshandlungen vorgestellt. Kapitel 4 widmet sich Fragen unter sequenz- und präferenzorganisatorischen sowie unter formalen und funktionalen Gesichtspunkten und stellt den für die nachfolgende Analyse zentralen Fragetyp, die lösungsorientierte Frage, vor. Der theoretische Teil schließt in Kapitel 5 mit einer ausführlichen Darstellung des Widerstandsphänomens aus psychoanalytischer und linguistischer Perspektive ab und präsentiert bisherige gesprächsanalytische Erkenntnisse zum therapeutischen Umgang mit kommunikativem Patientenwiderstand. In Kapitel 6 folgt ein Überblick zur Forschungsmethode und Datengrundlage, die der in Abschnitt 7 vorgestellten empirischen Analyse zugrunde liegen. Die entsprechenden Ergebnisse werden im letzten Kapitel abschließend rekapituliert und diskutiert.

2 Linguistik und Psychotherapie

Widmet man sich psychotherapeutischen Gesprächen aus einer wissenschaftlichen Perspektive, so gilt es vorab die konstitutiven Merkmale dieser Form institutioneller Kommunikation zu explizieren. Ebendies soll im Rahmen dieses Kapitels vorgenommen werden. Psychotherapiegespräche werden dabei zunächst als kommunikative Gattung in Abgrenzung zu anderen, ähnlich angelegten Kommunikationsformen vorgestellt. Im Anschluss werden die linguistische Psychotherapieforschung sowie ein spezifisches Diagnosesystem der Psychotherapie, die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, vorgestellt.

2.1 Psychotherapiegespräche als kommunikative Gattung

Psychotherapie als allgemeine Bezeichnung für alle Behandlungsformen von psychischen (teils in Verbindung mit somatischen Beschwerden auftretenden) Problemen ist grundsätzlich kommunikativ angelegt. Angesichts der zahlreichen psychotherapeutischen Verfahren mit jeweils unterschiedlichen Ansätzen, Orientierungen und Zielsetzungen finden sich in der entsprechenden Forschungsliteratur jedoch unzählige Begriffsbestimmungen dieser Behandlungsmethode. Eine mögliche Definition liefert Lutz, der „Psychotherapie als interpersonale Behandlung mit psychologischen Mitteln und auf der Basis empirisch bewährter psychologischer Konzepte“ (2010: 28) beschreibt, welche als spezielle Form institutioneller Kommunikation zwischen alltäglicher und medizinischer Interaktion zu verorten ist. Der Institutionscharakter psychotherapeutischer Gespräche ergibt sich dabei aus ihrem „hohe[n] Organisationsgrad“ (Mack et al. 2016: 8), der mit bestimmten Bedingungen und Beschränkungen einhergeht: Damit ein therapeutisches Gespräch stattfinden kann, muss zunächst der Kontakt zwischen Therapeut und Patient hergestellt werden. Hierfür sind mitunter rechtliche, aber auch ökonomische Aspekte, wie die ärztliche Schweigepflicht oder sozialrechtliche Regelungen der Finanzierung durch die Krankenkassen zu berücksichtigen (vgl. ebd.).

Die Interaktionsbeteiligten setzen sich in der Regel aus einem ausgebildeten Therapeuten sowie einem unter psychischen Beschwerden leidenden Patienten oder im Fall von gruppentherapeutischen oder (teil-)stati-

onären Behandlungsangeboten unter Umständen aus mehreren Patienten zusammen, die es im Rahmen der Therapie zu behandeln und idealerweise zu heilen gilt. Hierin besteht eine gewisse Ähnlichkeit zu medizinischen Arzt-Patient-Gesprächen, die ebenfalls als „gesellschaftlich[e] Einrichtungen [...], die Akteuren bei der Überwindung eines ‚Problems‘ helfen“ (Scarvaglieri 2013: 101) konzipiert werden. In beiden Gesprächsformaten verfügen die Akteure, die diese gesellschaftlichen Einrichtungen repräsentieren und die ersuchte Hilfe anbieten, gegenüber den Hilfesuchenden über ein professionell ausgebildetes Handlungswissen. Sie müssen die vom Patienten geschilderte, subjektive Krankheitserfahrung mit ihrem fachlichen Krankheitsverständnis und abstrakt-medizinischen Wissen abgleichen und diagnostisch relevanten Kategorien zuordnen (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 38). Diese „grundlegende[n] Wissens- und Betroffenheitsasymmetrien“ (ebd.: 74), in der die subjektiv-emotionale Belastung des Patienten der professionell-distanzierten Haltung des helfenden Akteurs gegenübersteht, sind konstitutiv für die Beziehung der Interaktionsbeteiligten in medizinischen als auch in psychotherapeutischen Gesprächen.

Eine weitere Gemeinsamkeit der Kommunikationsformen besteht in dem zu bearbeitenden Bedürfnis des Patienten: Im Zentrum steht die Heilung eines körperlich bzw. psychisch kranken Menschen (vgl. Scarvaglieri 2013: 101). Medizin und Psychotherapie unterscheiden sich dabei lediglich hinsichtlich der Art der zu heilenden Erkrankung, wobei Krankheit „als eine Einschränkung der körperlichen und/oder geistigen Handlungsfähigkeit, die gesellschaftliche Teilhabe verhindert“ (ebd.), definiert wird. Diese Handlungsunfähigkeit als zentrales Anliegen der Hilfesuchenden ist es, die medizinische und psychotherapeutische Gespräche von einer weiteren, strukturell ähnlich angelegten Institutionsform abgrenzen: dem Beratungsgespräch. So ist im Falle von Beratungen von einem deutlich weniger gravierenden Problem des Hilfesuchenden auszugehen, welches in einem fehlenden Wissen und einer daraus folgenden mangelnden Fähigkeit zur Handlungsentscheidung besteht, die im Rahmen der sprachlichen Interaktion überwunden werden soll (vgl. ebd.: 102). Scarvaglieri fasst diesen konzeptionellen Unterschied treffend wie folgt zusammen: „Für [Medizin und Psychotherapie] geht es um die Wiederherstellung von *Handlungsfähigkeit an sich*, für die Beratung geht es lediglich um die

Überwindung eines konkreten Handlungswiderstands“ (2013: 102; Hervorh. im Original).

Da eine sprachlich erarbeitete Wiederherstellung von Handlungsfähigkeit mit einem enormen Aufwand verbunden ist, erstrecken sich Psychotherapiegespräche in der Regel über einen längeren Zeitraum mit einer oft vorab definierten Menge an meist 50min umfassenden Einzelgesprächen, wohingegen medizinische Gespräche selten mehr als einen oder zwei Gesprächstermine in Anspruch nehmen und pro Sitzung zeitlich stark eingeschränkt sind (vgl. ebd.: 103). Darüber hinaus sind die Gesprächsformate in der Medizin und der Psychotherapie in Bezug auf die unterschiedlichen Handlungsziele der Beteiligten voneinander abzugrenzen. Während sich Patienten mit körperlichen Einschränkungen für gewöhnlich mehr im Klaren über ihre Beschwerden und ihre Erwartungen an den ärztlichen Besuch sind, verspüren Psychotherapiepatienten häufig eine große Unsicherheit bezüglich ihrer Leiden, der damit verbundenen Symptome sowie der konkreten Absichten ihres Aufsuchens der Therapie (vgl. Mack et al. 2016: 9). Aber auch Ärzte und Therapeuten unterscheiden sich in Hinblick auf ihre Handlungsziele: Erstere verfolgen meist organisatorisch-institutionelle sowie medizinische Interessen und konzentrieren sich auf somatische Aspekte der Patientendarstellungen. Therapeuten sind indessen darum bemüht, die persönliche Situation des Patienten sowie die Hintergründe seiner Erkrankung zu verstehen. Ihnen geht es darum, sich einen Gesamteindruck über die Verfassung des Patienten zu verschaffen, der sich aus seiner Biographie, seinen psychischen Dispositionen und seinen Symptomen ergibt.

Das übergeordnete Ziel der Psychotherapie besteht demnach darin, einen Zugang zu den emotionalen Erfahrungen des Patienten herzustellen, seine Selbstreflexionsfähigkeit zu erhöhen sowie letztendlich seine psychische Gesundheit zu verbessern und zu stabilisieren (vgl. Voutilainen/Peräkylä 2016: 551). Hierfür sind ein aktives Mitwirken und eine grundsätzliche Kooperationsbereitschaft des Patienten unabdingbar. Er muss bereit sein, mit dem Therapeuten über sehr persönliche und private, emotionale und intime Themenkomplexe zu sprechen, die sonst nur unter engen Vertrauten verhandelt werden. In dieser Hinsicht weisen psychotherapeutische Gespräche eine starke Ähnlichkeit zur Alltagskom-

munikation auf (vgl. Marciniak et al. 2016: 1). Nur durch eine vertrauensvolle Gesprächsbasis sowie ein empathisches und verständnisvolles Therapeutenverhalten sehen sich Patienten in der Lage, über solch sensible Themen zu sprechen. Die sogenannte therapeutische Allianz als emotionales Vertrauensverhältnis zwischen Therapeut und Patient wird als Grundvoraussetzung für einen wirksamen Therapieprozess konzipiert und setzt sich aus den übergeordneten Konzepten *alignment* und *affiliation* zusammen:

Alignment kennzeichnet die beiderseitige Bereitschaft und Intention zur sachlich thematisch bestimmten Kooperation, zum willentlichen Verfolgen und kooperativen Bearbeiten eines geteilten Zieles. *Affiliation* hingegen kennzeichnet eine grundlegendere Qualität: die emotionale Konsonanz und vertrauensgetragene Beziehung und Bindung zwischen Kooperationspartnern, bzw., hier thematisch, zwischen Patient und Therapeut (Konerding 2015: 234; Hervorh. im Original).

Alignment wird üblicherweise weiter unterteilt in die Übereinstimmung zwischen Patient und Therapeut bezüglich der Ziele der Behandlung sowie die Übereinstimmung in Bezug auf die Aufgaben, die von Patient und Therapeut zu bewältigen sind (Flückiger et al. 2018). Im Hinblick auf patientenseitigen Widerstand spielen diese Konzepte eine wichtige Rolle: Sofern sich Patienten den präferenzstrukturellen Vorgaben, Präsuppositionen oder Agenden (vgl. Kap. 4.1) einer therapeutischen Fragehandlung widersetzen, zeigen sie sich auf struktureller Ebene unkooperativ in Bezug auf das *alignment*. Mangelnde *affiliation* äußert sich hingegen auf affektiver Ebene durch abweichende Meinungsäußerungen, eine geringe emotionale Bindung oder mangelnde Empathie (vgl. Muntigl et al. 2013: 5).

Im Unterschied zur Alltagskommunikation ist im psychotherapeutischen Gespräch jedoch stärker geregelt, wer wann und vor allem wie viel spricht (vgl. Peräkylä et al. 2008: 17). Der Patient verfügt im Vergleich zum Therapeuten in diesem Zusammenhang über ein extensives Rederecht

und wird ausdrücklich dazu angehalten, die Gesprächsinitiative zu ergreifen und ausführlich zu erzählen. Im Rahmen dieser eingeschränkten Reziprozität (vgl. Eisenmann 1995: 88 f.) wird dem Patienten viel Freiraum bezüglich der Entfaltung eigener Themen und Relevanzen gewährt, um einen möglichst unverfälschten und genauen Zugang zu seinem Denken und Erleben zu erhalten. Der Therapeut hält sich im Hinblick auf die Themenwahl hingegen größtenteils zurück, verzichtet bewusst auf sein eigenes Rederecht und sorgt als aktiver Zuhörer vorwiegend dafür, dass der Patient nicht von therapeutisch relevanten Inhalten abweicht (vgl. Mack et al. 2016: 36; Peräkylä 2005: 166, siehe auch Antaki 2014).

Hierin zeigt sich auch ein weiterer Unterschied zum medizinischen Arzt-Patient-Gespräch, in dem eine professionelle Distanz zwischen den Interaktanten herrschen soll und das Rederecht sowie die Gesprächssteuerung vorwiegend dem Arzt vorbehalten ist. Emotionen und patientenseitige Relevanzen spielen hier eine untergeordnete Rolle und werden aufgrund des oftmals herrschenden Zeitdrucks häufig ignoriert oder geradezu unterdrückt, „während [die Darstellung von Emotionen] im psychotherapeutischen Gespräch als affektive Kommunikation Teil der Therapie wird, die problematische Gefühle identifiziert, differenziert und damit eine verbesserte Regulation ermöglicht und so den Leidensdruck lindert“ (Marciniak et al. 2016: 1).

Nicht zuletzt ist die für Psychotherapiegespräche zentrale Funktion der Sprache zu nennen: Während die verbale Interaktion in medizinischen Kontexten oft nur Mittel zum Zweck ist, ist Sprechen in psychotherapeutischen Gesprächen selbst die Therapie (vgl. Marciniak 2016: 1; Peräkylä et al. 2008: 5; Scarvaglieri 2013: 103). Sprachliches Handeln übernimmt demnach nicht nur fundamentale kommunikative Aufgaben, wie Informationsvermittlung und Verständigung, sondern dient zudem als wesentliches Mittel der Beschwerdenexploration und Behandlung sowie der Heilung selbst. Mack et al. sprechen in diesem Zusammenhang von einer „dreifache[n] Funktion“ (2016: 11) verbal-kommunikativer Ressourcen:

Sprachliches Handeln erfüllt im therapeutischen Behandlungsprozess sowohl basale kommunikative als auch spezifische therapeuti-

sche Funktionen und resultiert schließlich in einer veränderten Verbalisierungs- und Kommunikationskompetenz des idealerweise symptomfreien Patienten (ebd.).

Diese besondere Signifikanz des Sprechens macht psychotherapeutische Gespräche für die Linguistik, insbesondere die gesprächsanalytische Forschung, äußerst interessant. Im Hinblick auf die empirische Analyse sollen im Folgenden daher die zentralen Schwerpunkte der linguistischen Psychotherapieforschung vorgestellt werden.

2.2 Linguistische Psychotherapieforschung

Erste linguistisch orientierte Untersuchungen zur Psychotherapie existieren bereits seit den 1960er Jahren. Eine deutlich wachsende Anzahl wissenschaftlicher Publikationen zu sprachlich-kommunikativen Aspekten psychotherapeutischer Gespräche lässt sich jedoch erst um die Jahrtausendwende verzeichnen (vgl. Konerding 2015: 226). Diese Entwicklung ist nicht zuletzt auf einen rasanten Anstieg psychischer Erkrankungen in der westlichen Welt innerhalb der letzten 50 Jahre zurückzuführen: Studien zufolge leidet etwa ein Drittel der westlichen Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen und auch die Ursache körperlicher Beschwerden wird immer häufiger auf psychische Aspekte zurückgeführt (vgl. ebd.). Die linguistische Psychotherapieforschung hat es sich vor diesem Hintergrund zum Ziel gesetzt, „Sprechen als diagnostisches und therapeutisches Agens im Rahmen therapeutischer Prozesse zu beleuchten und besser zu verstehen“ (Marciniak et al. 2016: 1).

Sprachwissenschaftliche Untersuchungen konzentrieren sich dabei unter anderem auf die Frage, welche interaktiven Merkmale diese Form institutioneller Kommunikation prägen, welcher Zusammenhang zwischen sprachlichen und mentalen Prozessen besteht oder wie durch Worte ein Zugang zur psychischen Verfassung des Patienten geschaffen und „die Seele“ geheilt werden kann (vgl. Konerding 2015: 227). Motiviert sind diese Fragestellungen durch die zugrundeliegende Annahme, dass die Art und Weise des Patienten, über seine Erfahrungen und Gefühle zu sprechen, Aufschluss über dessen spezifische Symptome und Probleme geben

kann (vgl. Mack et al. 2016: 40). Die sprachwissenschaftlichen Herangehensweisen und Forschungsfragen im Bereich der Psychotherapie sind jedoch so zahlreich und vielseitig, dass die linguistische Psychotherapieforschung an dieser Stelle nur in ihren Grundzügen vorgestellt werden kann.² Im Hinblick auf die methodische Vorgehensweise dieser Studie konzentrieren sich die folgenden Ausführungen insbesondere auf gesprächsanalytische Untersuchungen psychotherapeutischer Gespräche.

In der gesprächsanalytischen Psychotherapieforschung geht es prinzipiell darum, charakteristische Eigenschaften und Strukturen in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient qualitativ zu erfassen und in ihrer interaktiven Funktion zu verstehen (vgl. ebd.: 14). Dabei interessieren primär die kommunikativen Praktiken der Gesprächsteilnehmer und die Art und Weise, in der diese Sprachhandlungen artikuliert und erwidert werden, um bestimmte therapeutische Aufgaben zu erledigen: „what kind of words and syntactic structures are involved in them, what kind of presuppositions about the participants are created through them, and how the participants align or misalign while producing them“ (Peräkylä et al. 2008: 13).

Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der sequenziellen Abfolge einzelner Gesprächsbeiträge zu: „Die Grundannahme ist, dass sich in der sequenziellen Organisation die Bedingung der Möglichkeit therapeutischer Wirksamkeit abbildet insofern, als man hier beobachten kann, welche spezifischen therapeutischen Handlungstypen welche systematischen Folgen haben“ (Marciniak et al. 2016: 3). Dem liegt die Prämisse zugrunde, dass einzelne Äußerungen untrennbar miteinander verbunden sind, da jeder Gesprächsbeitrag ein bestimmtes Verständnis bezüglich des vorherigen Beitrags dokumentiert und selbst wiederum einen spezifischen Kontext für den folgenden Turn schafft. Peräkylä et al. sehen in dieser retrospektiven und prospektiven Abhängigkeit sprachlicher Handlungen ein elementares Mittel des therapeutischen Prozesses, insofern jede Sprachhandlung des Therapeuten ein Verständnis der patientenseitigen Erfahrungen vermittelt und zugleich zum

² Einen ausführlichen Forschungsüberblick über die Wirksamkeit sprachlichen Handelns in der Psychotherapie bietet Scarvaglieri (2013: 7 ff.). Eine Zusammenfassung über die Gründung und Entwicklung der linguistischen Psychotherapieforschung wird außerdem in Peräkylä et al. (2008) vorgenommen.

Ausdruck bringt, wie diese Erfahrungen interpretiert werden können oder gar sollen (vgl. 2008: 16). Anhand einer eingehenden Analyse des sequenziellen Gesprächsverlaufs können die durch die Turngestaltung artikulierten, fortlaufend aktualisierten Verständnisse der Interaktanten schließlich nachvollzogen werden.

Scarvaglieri (2013) widmet sich sprachlichem Handeln in psychotherapeutischen Gesprächen aus der Perspektive der funktionalen Pragmatik und versucht die Wirksamkeit der Psychotherapie mikrostrukturell und handlungstheoretisch zu erfassen. Seine Untersuchung wird im Wesentlichen durch die Frage angeleitet, „wie durch sprachliches Handeln des Therapeuten der mentale Bereich des Patienten umstrukturiert wird“ (ebd.: 4). In diesem Kontext kommt er zu der Erkenntnis einer „sprachlich vermittelte[n] Wissensumstrukturierung“ (ebd.: 104), die aus den therapeutischen Handlungskategorien des Verbalisierens des emotionalen Erlebnisgehalts und des tiefenpsychologischen Deutens resultiert und den reduzierten Handlungsmöglichkeiten des Patienten entgegensteuert (vgl. ebd.: 111 ff.). Der in der Regel stark eingeschränkte Wissensraum des Patienten wird durch das Benennen und Interpretieren seines Erlebens demzufolge so umgewandelt, dass seine mit den psychischen Leiden einhergehende eingeschränkte Handlungsfähigkeit wiederhergestellt und idealerweise in ein erweitertes Handlungs- und Kontrollfeld transformiert wird.

Hinsichtlich der Berücksichtigung mentaler Prozesse orientiert sich Scarvaglieri an einer quasi-psychoanalytischen Position, die linguistische Erkenntnisse für psychische Vorgänge erklärend nutzt und somit ein Modell über das Verhältnis von sprachlichen und mentalen Strukturen erst ermöglicht (vgl. 2013: 81 f.). Demgegenüber steht eine antimentalistische Position, welche davon ausgeht, dass psychische Prozesse nicht durch linguistische Analysen erfasst werden können und sich „[d]ie Untersuchung von Sprache [...] allein mit dem beschäftigen [muss], was hör- und sichtbar ist, sie kann und darf nicht nach Motiven, Zielen oder mentalen Wirkungen von sprachlichen Handlungen fragen“ (ebd.: 82). Unabhängig davon, welchen Standpunkt die einzelnen Studien vertreten, leisten sie der linguistischen Psychotherapieforschung alle einen wertvollen Beitrag, in-

dem sie das Potenzial von Sprache in der Psychotherapie aus unterschiedlichen Blickwinkeln explizieren und für die psychotherapeutische Praxis nutzbar machen.

2.3 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD)

Die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD) ist ein psychodynamisches Diagnosesystem, das der Erfassung psychodynamischer Charakteristika von Patienten von analytisch und tiefenpsychologisch fundierter arbeitender Psychotherapeuten dient (vgl. Mack et al. 2016: 19). Es versteht sich als Erweiterung zu den klassisch deskriptiven Klassifikationssystemen (DSM-V und ICD-10), „die für die Praxis psychodynamisch orientierter Psychotherapie nur begrenzt handlungsleitend sein [können]“ (Arbeitskreis OPD 2014: 32). Rein deskriptive Ansätze beruhen demnach vorwiegend auf der beobachtbaren Symptomebene und vernachlässigen dabei ätiologische psychodynamische Faktoren, wie Informationen über bestehende intrapsychische und interpersonelle Konflikte oder das subjektive Krankheitserleben des Patienten.

Um diesem Mangel entgegenzusteuern, wurde im Jahre 1992 ein gleichnamiger Arbeitskreis aus wissenschaftlichen und klinischen Experten gegründet, der vier Jahre später erstmals einen standardisierten Interview-Leitfaden zur psychodynamischen Diagnostik psychischer Störungen publizierte. Anhand dieses Manuals werden verschiedene psychische Ebenen erfasst, wodurch „ein verlässliches Bild der Leiden und spezifischen Schwierigkeiten der Patienten“ (Mack et al. 2016: 19) erschlossen wird, um die jeweiligen Befunde unter psychodynamischen Gesichtspunkten klassifizierbar zu machen und damit auch eine Grundlage für die Definition eines Behandlungsfokus zu etablieren. Im Zuge der stetigen Weiterentwicklung der OPD wurde inzwischen eine erweiterte Version, die OPD-2, erarbeitet und veröffentlicht, die neben der diagnostischen Konzeptionalisierung, die Therapieplanung und -durchführung verstärkt integriert (vgl. Arbeitskreis OPD 2014: 28). Außerdem werden die Ressourcen bzw. Fähigkeiten des Patienten stärker erfasst und Schnittstellen zwischen den einzelnen Achsen berücksichtigt. Da die in dem empirischen Kapitel dieser Studie untersuchten Gespräche nach dem Manual des

OPD-2 geführt wurden, beziehen sich die nachfolgenden Bemerkungen auf diese erweiterte Version der OPD.

Grundsätzlich werden im Rahmen des OPD-Gesprächs fünf Achsen erfasst, die der Einschätzung und Erfassung der individuellen psychischen Verfassung des Patienten dienen. Konkret handelt es sich dabei um I) das Krankheitserleben der Patienten und deren Behandlungsvoraussetzungen, II) die Beziehungsgestaltung, III) vorherrschende intrapsychische Konflikte, IV) persönlichkeitsstrukturelle Beeinträchtigungen sowie V) die Klassifikation der psychischen und psychosomatischen Störungen. Während erstere vier auf psychodynamischen Überlegungen basieren, orientiert sich die fünfte Achse an der deskriptiv-phänomenologischen Diagnostik des ICD-10 bzw. DSM-IV, wodurch eine holistische Sichtweise auf die Situation des Patienten gewährt wird (vgl. ebd.: 35 f.). Die Autoren des OPD-Arbeitskreises begründen den multiaxialen Ansatz dementsprechend wie folgt:

Seelische Phänomene und Störungen sind komplex und damit multifaktoriell. Die multifaktorielle interaktive Komplexität erfordert einen Erklärungspluralismus mit unterschiedlichen Informationsperspektiven, um sich dem komplexen Phänomen zu nähern. Der multiaxiale Ansatz der OPD basiert auf diesem Erklärungspluralismus (ebd.: 37).

Für ein vollständiges konzeptuelles und theoretisches Verständnis der im empirischen Teil untersuchten Gespräche sollen die inhaltlichen Schwerpunkte der individuellen Achsen im Folgenden zusammenfassend vorgestellt werden:

1) Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen

Im Rahmen der ersten Achse werden die Grundlagen der weiteren Behandlung geschaffen, indem die Beschwerden, Symptomatik und Erwartungen hinsichtlich der Therapie erfasst werden. Im Zentrum stehen dabei „das faktische Krankheitserleben und veränderungs- sowie indikati-

onsrelevante Aspekte der Krankheitsverarbeitung“ (ebd.: 66), wobei objektive wie auch subjektive Aspekte der jeweils vorliegenden Erkrankung erfasst werden. So wird einerseits die gegenwärtige Art und Schwere, sowie die Dauer der Störung, oder das Alter des Patienten bei der Erstmanifestation dokumentiert (vgl. ebd.: 146). Zu den subjektiv wahrgenommenen Faktoren zählen andererseits das Krankheitserleben des Patienten, die Darstellung körperlicher und psychischer Krankheitsbeschwerden sowie an somatischen, psychologischen und sozialen Faktoren orientierte Krankheitskonzepte, die der Patient jeweils als Ursache seiner Beschwerden auffasst. Des Weiteren werden motivationsrelevante Gesichtspunkte hinsichtlich der Therapieerwartung eingeschätzt, wie patientenseitigen Veränderungsressourcen und -hemmnisse (vgl. ebd.: 145 ff.).

II) Beziehung

Im Fokus der zweiten Achse stehen die interpersonellen Beziehungsmuster des Patienten, insbesondere „das systematische Abbilden repetitiv-dysfunktionaler Muster des Erlebens und Verhaltens“ (Mack et al. 2016: 20) in verschiedenen Lebensbereichen. Prinzipiell sind hierbei sowohl das patientenseitig wahrgenommene, eigene Beziehungsverhalten und -erleben als auch diejenigen Beziehungsaspekte relevant, „die andere (d.h. auch der Untersucher) in der Begegnung mit dem Patienten erleben“ (Arbeitskreis OPD 2014: 82). Vor diesem Hintergrund werden vier interpersonelle Positionen unterschieden: Erstens, wie der Patient seine Interaktionspartner erlebt, zweitens, wie der Patient seine eigene Reaktion auf die Interaktionspartner erlebt, drittens, wie andere diese Reaktion des Patienten erleben und viertens, was für Impulse dies in anderen, auch den Untersuchern, hinsichtlich des Patienten auslöst (vgl. ebd.: 92). Um das Verhalten des Patienten zu beschreiben, werden die vier interpersonellen Positionen anhand einer standardisierten Liste von Items, die auf der Basis interpersoneller Zirkumplexmodelle formuliert wurden, beurteilt und schließlich „so miteinander verbunden, dass ein psychologisch stimmiger Zusammenhang entsteht, der die Dysfunktionalität einerseits und dessen Stabilität des Beziehungsmusters andererseits erklärt“ (ebd.).

Der Therapeut übernimmt hierbei eine wesentliche Rolle, da er im Moment des Gesprächs ebenfalls in eine Beziehung mit dem Patienten tritt und damit gleichzeitig Interaktionspartner und Beobachter des Patienten darstellt (vgl. Mack et al. 2016: 20). Beziehungsrelevante Informationen werden demnach sowohl aus den Patientenerzählungen eruiert, aus denen sich wiederkehrende Beziehungsstrukturen und -muster ableiten lassen, als auch aus der Therapeut-Patient-Beziehung selbst. Hierbei wird insbesondere auf das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung hingewiesen. Dieses besagt, dass der Patient in der Interaktion mit dem Therapeuten unbewusst bestimmte (defizitäre) emotionale Reaktionen und Impulse wiederherstellt und auf den Therapeuten „überträgt“ (vgl. Arbeitskreis OPD 2014: 83). Die dadurch erzeugten bewussten und unbewussten Gefühle und Reaktionen des Therapeuten im Sinne einer „Gegenübertragung“ erlauben es durch einen selbstreflexiven und bewußten Umgang mit diesen Gegenübertragungsreaktionen, Rückschlüsse dahingehend zu ziehen, wie Andere die Beziehung mit dem Patienten erleben und geneigt sind auf den Patienten zu reagieren. Die Gegenübertragungsdagnostik kann so als Hilfsmittel für die Beziehungsdiagnostik genutzt werden (vgl. Lutz et al. 2010: 130).

III) Konflikt

Achse III erfasst anhaltende vorbewusste und unbewusste Konflikte des Patienten. Unter einem Konflikt wird in der Psychologie generell „das Aufeinandertreffen entgegengesetzter Verhaltenstendenzen (Motive; Bedürfnisse; Wünsche)“ (Arbeitskreis OPD 2014: 95) verstanden. Für die der OPD zugrundeliegende psychodynamische Theorie nimmt ein erweitertes Konfliktkonzept eine Schlüsselrolle ein, das als Ursache für die Entstehung psychischer und psychosomatischer Störungen angesehen wird und sich in Form unbewusster Strukturen und Prozesse manifestiert, die verdrängt und abgewehrt werden:

Das Konzept psychodynamischer Konflikte basiert auf der Grundannahme einer dynamischen, unbewussten seelischen Aktivität, also der Annahme, dass menschliches Verhalten fortlaufend

durch unbewusste Gedanken, Wünsche und Vorstellungen beeinflusst wird. Ein zeitlich überdauernder Konflikt bedeutet darüber hinaus die Fixierung in einem rigiden und unauflösbaren Entweder-oder, ohne dass es zu einer Lösung und Entscheidung kommt (ebd.: 96).

Ausschlaggebend ist dabei, dass die Konflikte anhaltend sind und bei den Betroffenen wiederkehrende Verhaltensmuster hervorrufen, „ohne dass dies dem Menschen bewusst wäre und ohne, dass er sie aus eigener Willensanstrengung überwinden könnte“ (ebd.: 97), was über einen dem Patienten bewussten Widerstreit von Zielen hinausgeht. Die therapeutische Aufgabe besteht vor diesem Hintergrund darin, sowohl unbewusste als auch bewusste Konflikte des Patienten zu erarbeiten und sie im *common ground* des Gesprächs verbal zu manifestieren (vgl. Mack et al. 2016: 20). Denn nur indem Konflikte „intersubjektiv verfügbar gemacht und ein hinreichendes beidseitiges Verstehen abgesichert“ (ebd.) wird, können sie nachfolgend weiterbearbeitet und gegebenenfalls zum zentralen Behandlungs- und Therapieziel gemacht werden (siehe auch Jennissen et al. 2018).

IV) Struktur

Der Strukturbegriff bezieht sich auf „das ganzheitliche Gefüge von psychischen Dispositionen. Sie umfassen alles, was im Erleben und Verhalten des Einzelnen regelhaft, repetitiv abläuft (bewusst oder bewusstseinsfern)“ (Arbeitskreis OPD 2014: 114). Im Vordergrund stehen dabei psychologische Funktionen, die die Basis für einen angemessenen und flexiblen Umgang mit sich und wichtigen Anderen darstellen. Die Struktur der Persönlichkeit bildet sich üblicherweise im interpersonellen Kontext lebensgeschichtlich früher, sensibler Zeitfenster aus und beeinflusst relativ stabil die Entwicklungsmöglichkeiten von Individuen (Rudolf et al. 2010). Die Struktur der Persönlichkeit kann mehr oder weniger gut integriert sein. Letzteres führt dazu, dass das Individuum schlechter auf kognitive, regulative, emotionale und bindungsbezogene Fertigkeiten zurückgreifen kann. Die Strukturachse der OPD hat hohe Übereinstimmungen mit aktu-

ellen Modellen zur dimensional Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (Zimmermann et al. 2012), ist prädiktiv für die Veränderung relevanter Psychotherapieparameter (Dinger et al. 2019) oder auch somatische Prozesse (Ehrenthal et al. 2019) sowie die Behandlungsplanung (vgl. Ehrenthal/Dinger 2019). In der OPD werden diese Qualitäten bzw. Insuffizienzen struktureller Fähigkeiten dokumentiert und auf den Dimensionen der Wahrnehmung, Steuerung, emotionalen Kommunikation und Bindung beschrieben (vgl. Arbeitskreis OPD 2014: 35). Diese Dimensionen sind jeweils auf den Patienten selbst und andere bezogen (vgl. ebd.: 118), sodass beispielsweise die Fähigkeit des Patienten eruiert wird, sich selbst-reflexiv oder andere realistisch wahrzunehmen, eigene Impulse sowie den Bezug zum anderen regulieren zu können, in Kommunikation mit sich selbst und anderen zu treten oder eine innere Bindung zu sich selbst und äußere Beziehungen zu anderen aufbauen zu können.

V) Psychische und Psychosomatische Störungen

Achse V widmet sich schließlich der deskriptiv-phänomenologischen Diagnostik (ICD-10, DSM-IV) und dient der Erfassung psychopathologischer Phänomene. Neben psychischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen werden hier auch körperliche Erkrankungen dokumentiert (vgl. ebd.: 311).

Die einzelnen Achsen müssen grundsätzlich nicht zeitlich nacheinander und lückenlos abgearbeitet werden; der multiaxiale Ansatz passt sich vielmehr den Bedürfnissen des Patienten an und fördert eine flexible Gesprächsgestaltung (vgl. Mack et al. 2016: 21 f.). Darüber hinaus weisen die Achsen der Komplexität psychischer Störungen entsprechend häufig enge Wechselwirkungen auf, sodass einzelne Krankheitsaspekte oftmals nicht ausschließlich auf einer Achse beschrieben werden können (vgl. Arbeitskreis OPD 2014: 36).

3 Psychotherapeutische Gesprächshandlungen

Im Folgenden werden aus linguistischer Perspektive die zentralen therapeutischen Sprachhandlungen vorgestellt, die für ein fundiertes Verständnis der nachfolgenden Analysen unerlässlich sind. Grundsätzlich bezeichnen psychotherapeutische Gesprächshandlungen systematisch eingesetzte, sprachliche Äußerungen, in denen spezifische therapeutische Strategien und Techniken Ausdruck finden (vgl. Mack et al. 2016: 37). Als solche konstituieren sie sich dabei erst durch ihren Einsatz in der Therapie, das heißt, „das gesamte psychotherapeutische Setting [ist] ausschlaggebend für die Art des Patienten, eine Sprechhandlung des Therapeuten zu interpretieren und darauf zu reagieren“ (ebd.: 34). Zu therapeutischen Handlungen werden sprachliche Äußerungen somit erst durch ihre kontextuelle Einbettung in psychotherapeutische Gesprächskontexte, sodass ein sensibles Kontextwissen und -bewusstsein seitens der Patienten unabdingbar für einen therapeutisch wirksamen Prozess ist.

Die typologische Einteilung therapeutischer Handlungen, die dieser Untersuchung zugrunde liegt, beruht im Wesentlichen auf der systematischen Klassifizierung von Vehviläinen et al. (2008), die zwischen initiativen und responsiven Sprachhandlungen differenzieren. Erstere beziehen sich auf interrogative Äußerungen, die eine Reaktion des Gesprächspartners einfordern (vgl. Vehviläinen et al. 2008: 188). Hierzu zählen *optimistic questions* und *follow-up question using zero-person*, die ihrem interrogativen Charakter entsprechend beide schlicht der Frage als allgemeine sprachliche Handlung zugeordnet werden können (vgl. Mack et al. 2016: 37). Responsive Sprachhandlungen hingegen nehmen grundsätzlich Bezug auf eine vorhergehende Äußerung des Patienten und werden in *lexical substitution*, *formulation*, *reinterpretative statement* und *extension* unterteilt (vgl. Vehviläinen et al. 2008: 190). *Lexical substitution* als therapeutischer Alternativvorschlag (Rae 2008) für eine unmittelbar vorausgehende Äußerung des Patienten kann jedoch vernachlässigt werden, da „diese Praktik vermutlich weniger als eigenständig, sondern mehr als eingebettet in andere therapeutenseitige Handlungen gewertet werden kann“ (Mack et al. 2016: 38). Aus diesen Überlegungen ergeben sich vier therapeutenseitige Sprachhandlungen – *formulations*, *reinterpretative statements*, *extensions* und Fragen –, welche im Folgenden einzeln vorgestellt werden.

3.1 Formulations

Formulations sind deklarative Redezüge, die an die Vorgängeräußerung des Patienten anknüpfen und anzeigen, wie der Therapeut das zuvor Gesagte verstanden hat. In Form von sinngemäßen Wiedergaben werden dabei einzelne Aspekte ausgewählt und hervorgehoben, wiederum andere vernachlässigt, sodass der vorhergehende Redebeitrag gewissermaßen in einem neuen Licht erscheint (vgl. Antaki 2008: 31).³ Durch die selektive Darstellung wird die Vorgängeräußerung des Patienten in ihrer ursprünglichen Bedeutung leicht transformiert, wodurch „Therapeuten den Eindruck, dass in der Therapie vordringlich der Patient das Thema und die Bewertung des Thematisierten vorgibt, aufrechterhalten und gleichzeitig den Diskurs inhaltlich steuern und strukturieren [können]“ (Scarvaglieri 2013: 37). Ebendieser funktionale Aspekt wird in der Forschungsliteratur wiederholt aufgegriffen und von Scarvaglieri als Hauptfunktion von *formulations* beschrieben:

Es geht um das Herstellen von therapeutisch behandelbaren Problemen aus dem vom Patienten eingebrachten biografischen Material. Mittels „Formulierungen“ werden Äußerungen des Patienten aufgegriffen und noch einmal so formuliert, dass, inhaltlich ähnlich, eine neue therapeutische Perspektive auf den behandelten Sachverhalt etabliert wird (2013: 40).

Zudem erfüllen *formulations* eine Reihe weiterer Funktionen, sodass sich insgesamt von einer „sehr große[n] Form- und Funktionsvielfalt“ (ebd.:

³ Die Bezeichnung *formulation* ist in diesem Zusammenhang etwas unglücklich gewählt, da es sich nicht um isolierte, unabhängige Sprachhandlungen handelt, sondern vielmehr um Reformulierungen einer bereits verbalisierten Äußerung. Diese Begriffsproblematik wird in der konversationsanalytischen Literatur mehrfach adressiert und diskutiert (vgl. Bilmes 2015: 8ff., Mack et al. 2016: 38 f.; Scarvaglieri 2013: 36 f.). Dennoch wird an dem Begriff *formulation* zum Zwecke der Konformität weitestgehend festgehalten und daher auch in dieser Arbeit unter Berücksichtigung der angesprochenen Gebrauchsweise verwendet.

41) sprechen lässt.⁴ Weiste und Peräkylä (2013) identifizieren in diesem Zusammenhang vier Untertypen von *formulations*, die jeweils spezifische therapeutische Funktionen erfüllen, bestimmte formale sprachliche Eigenschaften aufweisen und absteigend nach dem Grad ihrer Orientierung an der Bezugsäußerung geordnet sind: *highlighting*, *rephrasing*, *relocating* und *exaggerating*.⁵

Formulations mit *highlighting*-Funktion orientieren sich sehr stark an der Vorgängeräußerung. Hierbei wird ein aus therapeutischer Sicht relevanter Teil des vorhergehenden Redebeitrags ausgewählt und mit teils prosodischer und/oder syntaktischer Orientierung am Sprachmaterial des Patienten wiederverwendet. In diesem Merkmal – der Wiederverwendung oder dem *recycling* des patientenseitigen Sprachmaterials – unterscheiden sich *highlighting formulations* im Wesentlichen von den anderen drei Untertypen, die sich zwar auch inhaltlich, nicht aber sprachlich an der jeweiligen Bezugsäußerung orientieren (vgl. Mack et al. 2016: 52). Mit dieser expliziten Wiederaufnahme (vgl. Brinker/Sager 2006: 78) indiziert der Therapeut eine erhöhte Bedeutung des spezifischen Redegegenstands und „sorg[t] prospektiv für den Erhalt beziehungsweise die Fixierung der sich normalerweise im Sinne der Gesprächsprogression auf andere Foki verlagernden Relevanz des betreffenden Gegenstands“ (Mack et al. 2016: 53). Der Patient wird in diesem Sinne dazu aufgefordert, näher auf den entsprechenden Sachverhalt einzugehen.

Rephrasing formulations lassen ebenfalls eine Relevanzhochstufung eines spezifischen Teils der Vorgängeräußerung erkennen. Anders als bei *highlighting formulations* übernimmt der Therapeut jedoch nicht das Sprachmaterial des Patienten, sondern „reformuliert [...] den Redegegenstand hier neu, mit seinem eigenen Vokabular und in seiner eigenen Sprechweise, orientiert sich dabei aber sachlich weiterhin stark an der Perspektive des Patienten“ (ebd.). Umformuliert werden dabei meist rationale oder faktenorientierte Elemente aus der Patientenerzählung, um

⁴ In der vorliegenden Studie muss von einer ausführlichen Darstellung der Funktionen von *formulations* abgesehen werden. Einen Überblick über die Funktionsvielfalt von *formulations* bieten Mack et al. (2016: 38 ff.).

⁵ Mack et al. zeigen, dass sich die Funktionsvarianten von *formulations* prinzipiell auch auf psychotherapeutische Fragehandlungen übertragen lassen (vgl. 2016: 56 ff.).

den Fokus auf die Erlebensdimension zu lenken und damit eine „Projektion des subjektiven Erlebnisgehalts einer Patientenäußerung vorzunehmen“ (ebd.: 54). *Rephrasing formulations* verfügen demnach über das Potenzial, den Gesprächsfokus auf subtile Art und Weise auf eine andere Ebene zu verlagern und fordern eine nachfolgende Elaboration des spezifischen Redegegenstands ein.

Anders verhält es sich mit *relocating formulations*, die sich durch eine Verknüpfung des verbalisierten Patientenerlebnisses mit einem anderen, räumlich oder zeitlich entfernten Erlebnis des Patienten auszeichnen. Die Umgestaltung der Patientenäußerung erfolgt hierbei radikaler als bei *rephrasing formulations*, indem bestimmte Zusammenhänge unterbrochen, Begründungen für die beschriebenen Erfahrungen geliefert oder die Erlebnisse als symbolische Repräsentationen für andere Ereignisse behandelt werden (vgl. Weiste/Peräkylä 2013: 309). In jedem Fall wird ein neuer Kontext etabliert, „der dem Patienten helfen soll, seine verschiedenen Erlebnisse perspektivisch neu zu verorten“ (Mack et al. 2016: 54). In sequenzstruktureller Hinsicht bevorzugen *highlighting*, *rephrasing* und *relocating formulations* Zustimmung sowie idealerweise eine Elaboration des jeweils hervorgehobenen Redegegenstands vonseiten des Patienten (vgl. Marciniak et al. 2016: 6).

In diesem Merkmal grenzen sie sich von dem letzten Funktionstyp, der *exaggerating formulation*, ab, die ausschließlich Ablehnung präferiert. Hierbei handelt es sich um therapeutische Äußerungen, die Teile der Patientenerzählung in übersteigerter Art und Weise darstellen, „um [dem Patienten] die Absurdität und zumeist auch Negativität seiner Wahrnehmung vorzuführen, die damit zugleich in Frage gestellt wird“ (ebd.: 7). Der Patient soll dadurch angeregt werden, eine Ablehnungsreaktion zu erzeugen und eine kritische Perspektive auf sein Verhalten zu entwickeln. Provoziert der Therapeut nicht den gewünschten Widerspruch, so wird die *exaggerating formulation* in der Regel so lange weitergeführt, bis der Patient schließlich doch mit Ablehnung reagiert (Weiste/Peräkylä 2013: 312).

3.2 *Reinterpretative statements*

Im Gegensatz zu *formulations* vermitteln *reinterpretative statements* einen eigenen Gedankengang des Therapeuten bezüglich der Erfahrungen, Erlebnisse und/oder Verhaltensweisen des Patienten. Laut Mack et al. ist in diesem Zusammenhang mit dem Begriff *Deutung* (engl. *interpretations*) eine größere Nähe zu dem bezeichneten Gegenstand gegeben, da dieser den Vorteil mit sich bringe, „nicht nur das ‘re-interpretative’ Moment, sondern den interpretativen beziehungsweise Deutungscharakter überhaupt zu erfassen“ (2016: 38). Im weiteren Verlauf der Untersuchung wird daher die Bezeichnung *Deutung* bzw. *Interpretation* verwendet, um den therapeutischen Deutungscharakter als übergeordnete Kategorie besser zu beschreiben.

Funktional etablieren Interpretationen als diskurssemantisch-generalisierende Operationen „Zusammenhänge [...] zwischen aktuellen und vergangenen Ereignissen oder zwischen manifesten Problemen und unbewussten Handlungen oder Überzeugungen des Patienten“ (Marciniak et al. 2016: 8). Insofern fungieren sie als zentrales sprachliches Instrument zur Bewusstmachung unbewusster Tendenzen: Der Therapeut erschließt die Patientendarstellung hinsichtlich unbewusst implizierter Phänomene und indiziert darauf aufbauend, was er zu hören glaubt (vgl. Peräkylä 2008: 101). Interpretationen verfügen somit mitunter über das Potenzial, (unbewussten) Widerstand zu identifizieren und im Gespräch zu bearbeiten, und „serve the therapeutic goal of challenging the patient’s current understandings of his or her mind or action, and of offering new ones“ (Vehviläinen et al. 2008: 194).

Empirische Beobachtungen belegen, dass Interpretationen strukturelle Ähnlichkeiten mit *relocating formulations* aufweisen, die ebenso interpretatives Gedankengut beinhalten oder vorbereiten können (vgl. Mack et al. 2016: 54). Weiste und Peräkylä weisen jedoch entschieden darauf hin, dass Interpretationen und *relocating formulations* „in terms of sequential and epistemic organization“ (2013: 309) voneinander zu unterscheiden sind. Während sich Letztere überwiegend an der Perspektive des Patienten orientieren, gehen Deutungen demnach bereits einen Schritt weiter und veranschaulichen die professionelle Sichtweise des Therapeuten bezüglich einzelner Aspekte der Patientenerzählung. Sprachlich wird dies beispielsweise durch epistemische Marker (z.B. *ich*

denke, ich meine) oder sogenannte *neutral perspective markers* (z.B. von *diesem Standpunkt aus, gewissermaßen*) umgesetzt (vgl. Bercelli/Rossano/Viaro 2008: 49). Des Weiteren setzen *relocating formulations* in sequenzieller Hinsicht zustimmende oder ablehnende Antworten konditionell relevant, die meist minimal ausfallen und nicht postexpandiert werden. Im Gegensatz dazu erheben Interpretationen den Anspruch einer erweiterten Folgeäußerung, der meist eine Begründung oder Erklärung für die entsprechende Zustimmung oder Ablehnung hinzugefügt wird (vgl. ebd.). Nichtsdestotrotz lassen sich immer wieder systematische Überschneidungen zwischen Interpretationen und *relocating formulations* beobachten, sodass kategoriale Differenzierungsversuche zwischen diesen beiden Handlungstypen nicht selten problematisch ausfallen.

Sequenziell fordern Interpretationen Zustimmung oder Ablehnung ein, stellen dabei aber eine starke Erwartung an den Patienten, seine Antwort anhand Erklärungen oder weiterführender Schilderungen zu expandieren (vgl. Marciniak et al. 2016: 8; Peräkylä 2005: 166). Tatsächlich kommt es vonseiten der Patienten neben elaborierten (ratifizierenden oder negierenden) Darstellungen oder Erzählungen bezüglich der Therapeuteninterpretationen jedoch häufig zu reinen Rückmeldesignalen oder minimalen Redebeiträgen (vgl. Bercelli/Rossano/Viaro 2008: 50 f.). Kommt ein Patient der impliziten Aufforderung zur Expansion nicht nach, so stehen Therapeuten diverse Elizitierungspraktiken zur Verfügung, wie Schweigen, explizite Aufforderungen an den Patienten, seine Gedanken zu offenbaren oder Ergänzungen neuer Elemente zu den Interpretationen aus erster Position (vgl. Peräkylä 2005: 166).

3.3 Extensions

Ein weiterer Typus therapeutischer Sprachhandlungen sind *extensions*. Hierbei handelt es sich um syntaktische Fortführungen der Patientenäußerung, die jedoch nicht als *turn completions* zu verstehen sind, sondern die jeweilige Vorgängeräußerung auf inhaltlicher Ebene erweitern (vgl. Marciniak et al. 2016: 8). Auf diese Weise übernehmen Therapeuten die Perspektive des Patienten, versetzen sich in deren Gedankenwelt und kommunizieren Verständnis und Zustimmung oder aber Widerspruch bezüglich des jeweiligen Redegegenstands. Darüber hinaus ermöglichen sie

es dem Therapeuten, Verknüpfungen zu oder Vergleiche mit anderen Kontexten herzustellen oder Parallelen zu anderen Erfahrungen oder Assoziationsebenen zu ziehen. In sequenzorganisatorischer Hinsicht setzen *extensions* zustimmende oder ablehnende Reaktionen konditionell relevant und ermöglichen es im letzteren Falle, problematische Erfahrungen des Patienten zu bearbeiten.

3.4 Fragen

Während Fragen in der Alltagskommunikation dazu tendieren, „einen besonders effizienten, mit wenig Wortmaterial auskommenden Informationsaustausch zu ermöglichen“ (Mack et al. 2016: 41), sind psychotherapeutische Fragehandlungen in der Regel derart gestaltet, dass sie eine über die formalen Anforderungen der Frage hinaus gesetzte Erwartung zur Expansion innehaben. Dies ist zum einen auf die für Psychotherapie generell konstitutive offene und unstrukturierte Gesprächsführung zurückzuführen, die den Patienten viel Freiraum bezüglich der Entfaltung eigener Themen und Relevanzen gewährt (vgl. Kap. 2.1). Zum anderen lassen sich die in der Regel höchst komplexen psychischen Leiden nicht kurz und knapp darstellen oder kategorisch abfragen, da sie „mit einem ebenso wenig wohldefinierten wie einheitlich fassbaren Gesamtgefüge struktureller Anlagen und einem damit einhergehenden Komplex von Verhaltensmustern“ (Mack et al. 2016: 40) auftreten und daher äußerst behutsam angesprochen und verhandelt werden müssen.

Therapeuten sind insbesondere in psychodiagnostischen Gesprächen vor diesem Hintergrund stets darum bemüht, ihre Fragen so offen wie möglich zu gestalten, um möglichst viele Informationen vom Patienten über seine Krankheit zu elizitieren sowie relevante Behandlungsvoraussetzungen zu klären und ihn gleichzeitig nicht zu direkt mit seinen Leiden zu konfrontieren. Mack et al. sprechen in diesem Zusammenhang von „zwei ‚Gesichter[n]‘“ (2016: 42) psychotherapeutischer Fragen:

Einerseits sind sie ihrer Natur nach invasiv, sie dringen stets mehr oder weniger weit in die Sphäre des anderen vor. Zudem haben sie in der Regel fordernden Charakter, was mit dem Prinzip der kondi-

tionellen Relevanz zusammenhängt. Andererseits können beispielsweise V1-Fragen an 'heiklen' Stellen gerade auch ein Mittel für Therapeuten sein, um ihre Feststellungen oder Vermutungen in Bezug auf die Patienten weniger direkt auszudrücken und ihnen so Gelegenheit zur Korrektur zu geben oder vielmehr anzeigen, dass Korrekturen gegebenenfalls erwünscht sind (ebd.).

Therapeutische Fragen animieren den Patienten dabei nicht nur zu einer Verbalisierung seiner Erfahrungen und Wahrnehmungen, sondern regen ihn im Zuge dessen gleichermaßen dazu an, über ebendiese zu reflektieren (vgl. Mack et al. 2016: 43; Muntigl/Zabala 2008: 188). Durch einen solch aktivierten Reflexionsprozess können bisweilen unbewusste Muster oder Motive aufgedeckt und problematische Erfahrungen umgewertet werden. Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für den Analyseteil der vorliegenden Untersuchung sollen Fragehandlungen im folgenden Kapitel etwas näher betrachtet werden.

4 Fragehandlungen

Dieses Kapitel widmet sich Fragen unter allgemeinen sequenz- und präferenzorganisatorischen sowie unter formalen und funktionalen Gesichtspunkten, und stellt im Hinblick auf die empirische Analyse abschließend den lösungsorientierten Fragetyp vor. Bevor Fragehandlungen jedoch genauer beleuchtet werden, soll es zunächst um grundlegende Eigenschaften und Strukturen verbaler Interaktion gehen, die auf Gespräche im Allgemeinen zutreffen und unerlässlich für ein Verständnis der nachfolgenden Untersuchung sind.

4.1 Sequenz- und Präferenzorganisation

Gespräche sind grundsätzlich als zeitliche Gebilde zu verstehen (*Prozessualität*), die von den Interaktanten aktiv hergestellt werden (*Konstitutivität*) und aus wechselseitig aufeinander bezogenen Gesprächsbeiträgen verschiedener Sprecher bestehen (*Interaktivität*) (vgl. Deppermann 2008: 8). Der kommunikative Austausch gestaltet sich dabei durch „typische, kulturell (mehr oder weniger) verbreitete, d.h. für andere erkennbare und verständliche Methoden“ (ebd.) (*Methodizität*) und dient sowohl individuellen wie auch gemeinsamen Zwecken (*Pragmatizität*). Erfolgreiche Kommunikation erfordert demnach eine strikte Einhaltung von Struktur und Ordnung der Interaktanten, die sich an den kommunikativen Grundprinzipien der Konstitutivität, Prozessualität, Interaktivität, Methodizität und Pragmatizität orientieren und die zu erledigende Gesprächsaufgabe „zeitlich in einem linearen Nacheinander von Teilaktivitäten [abwickeln]“ (ebd: 75) müssen. Dieses sogenannte Sequenzialitätsprinzip bildet die Basis jeglicher Interaktion und gewährleistet, dass Gespräche geordnet und strukturiert ablaufen und unterschiedliche Sprecher nicht längere Zeit simultan, sondern nacheinander das Wort ergreifen.

Der Mechanismus, der diesem Ordnungsprinzip zugrunde liegt, wird als Sprecherwechsel (engl. *turn-taking*) bezeichnet. Dieser besteht aus einzelnen, aufeinander bezogenen Gesprächsbeiträgen (engl. *turns*) verschiedener Sprecher und wird in alltäglichen Interaktionen üblicherweise lokal geregelt (vgl. Stukenbrock 2013: 230). Das bedeutet, er erfolgt ungeplant und ohne festgesetzte Vorgaben, jedoch in geordneter Abfolge

und Aushandlung der Interaktanten nach jeder Beitragskonstitutionseinheit (engl. *turn constructional unit*, TCU). Beitragskonstitutionseinheiten sind einzelne Äußerungsbestandteile, die anhand von syntaktischen und prosodischen Merkmalen erkennbar sind und definiert werden als „die kleinsten Einheiten, nach denen ein Sprecherwechsel möglich wäre“ (Deppermann 2008: 58). Grundsätzlich kann eine TCU demnach von gänzlich unterschiedlicher Länge sein und die Form eines einzelnen Wortes annehmen oder sich über ganze Phrasen oder (Teil-)Sätze hinweg erstrecken.

Nach jeder TCU entsteht eine sogenannte übergaberelevante Stelle (engl. *transition relevance place*, TRP), also eine Position, an der ein Sprecherwechsel prinzipiell stattfinden kann. Das Rederecht kann dabei durch Fremd- oder Selbstwahl verteilt werden und wird dementsprechend entweder vom Vorredner festgelegt oder in Eigenregie übernommen (vgl. Sacks/Schegloff/Jefferson 1974: 703). Während eines Redebeitrags müssen die Hörer folglich nicht nur versuchen, das Gesagte zu verstehen, sondern gleichzeitig verfolgen, „wann die nächste Stelle kommen mag, wo jemand anderes ‚dran ist‘ oder wo der gegenwärtige Sprecher signalisieren könnte, dass er selbst weitersprechen will“ (Egbert 2009: 36). Denn nur ein solch „vorzeitiges Erkennen der möglicherweise erfolgenden Auswahl des nächsten Sprechers und das Vorhersagen etwaiger TRPs“ (Levinson 2000: 327) erlaubt einen reibungslosen, geordneten und zeitlich fein abgestimmten Ablauf des Sprecherwechsels. In natürlichen Gesprächen ist ein funktionierender Sprecherwechsel in den allermeisten Fällen gegeben, sodass es nur gelegentlich zu Überlappungen von TCUs unterschiedlicher Sprecher oder längeren Unterbrechungen kommt (vgl. Levinson 2000: 322; Sacks/Schegloff/Jefferson 1974: 706).

Übertragen auf psychotherapeutische Kommunikation bedeutet dies, dass Therapeuten an jeder TRP die Möglichkeit haben, im Zuge eines Sprecherwechsels Fragen über persönliche Erfahrungen und Einstellungen des Patienten zu stellen (vgl. Bercelli/Rossano/Viaro 2008: 44). Dabei können sie entweder inhaltlich an die Vorgängeräußerung anschließen oder ein neues Thema initiieren, wohingegen Patienten in der Regel nicht in der Position sind, Fragen zu stellen oder neue Themen einzuleiten. Allerdings können sie den inhaltlichen Fokus ihrer Antworten so variieren, dass auch sie das Gespräch gewissermaßen steuern und so schrittweise

neue Themenbereiche etablieren können. Derartige Abweichungen stellen mitunter äußerst subtile Widerstandspraktiken dar, mit denen sich Patienten den therapeutischen Agenden widersetzen können (vgl. Kap. 5.2).

Fragen kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu insofern sie die Funktion initiierender Instanzen übernehmen, die eine bestimmte, ihren formalen und inhaltlichen Vorgaben entsprechende Antwort erwarten lassen und den ersten Teil sogenannter Paarsequenzen oder Nachbarschaftspaaren (engl. *adjacency pairs*) darstellen (vgl. Levinson 2000: 330). Paarsequenzen sind eng an den komplexen Mechanismus des Sprecherwechsels geknüpft und bestehen aus zwei meist aufeinanderfolgenden sprachlichen Handlungen unterschiedlicher Sprecher „die so eng miteinander verbunden sind, dass sie in der Regel als Paar auftreten“ (Stukenbrock 2013: 231). Dabei strukturiert die fokale Äußerung (z.B. eine Frage) den zweiten Teil der Paarsequenz systematisch vor und erzeugt dadurch die Erwartung eines bestimmten nachfolgenden Handlungstyps (z.B. eine Antwort).

Diese „Erwartung, dass auf bestimmte Typen erster Handlungen bestimmte Typen zweiter Handlungen folgen“ (Deppermann 2014: 28) wird als konditionelle Relevanz bezeichnet und orientiert sich an normativen Regeln, die in der jeweiligen Kommunikationssituation als adäquat erachtet werden. Dabei handelt es sich weniger um statistische Regularitäten oder vorgeschriebene, sprachliche Gesetze, sondern vielmehr um soziale Erwartungen, die unabhängig davon gelten, ob sie tatsächlich eingehalten werden. Dies zeigt sich insbesondere dann, wenn gegen das Prinzip der konditionellen Relevanz verstoßen wird:

Der Verstoß wird entweder bereits in der Art und Weise, wie er vollzogen wird, als solcher angezeigt und oft auch gerechtfertigt (indem z. B. darauf verwiesen wird, dass und warum man eine Frage nicht beantworten kann); oder der Sprecher, der die konditionelle Relevanz etabliert hatte, zeigt in folgenden Handlungen, dass seine Erwartung nicht erfüllt wurde (z. B. durch insistierende oder reformulierte Fragen oder durch Kritik an einer ausgebliebe-

nen oder unzulänglichen Antwort). Die InteraktionsteilnehmerInnen zeigen einander also gerade auch in den Fällen, in denen eine Erwartung nicht erfüllt wird, dass sie sich an der intersubjektiven normativen Gültigkeit der Erwartung orientieren (ebd.).

Doch Antworten sind nicht nur hinsichtlich der durch eine Frage etablierten konditionellen Relevanz eingeschränkt, sondern zudem durch sogenannte Präsuppositionen, Agenden und Präferenzen (vgl. Boyd/Heritage 2006: 154; Hayano 2013: 401). So beinhaltet jede Frage auf inhaltlogischer Ebene bestimmte Präsuppositionen, die sich auf den implizit vorausgesetzten Informationsgehalt einer Äußerung beziehen, der indirekt mitkommuniziert wird. Beispielsweise präsupponiert die Frage *Wie lange leiden Sie schon an Depressionen?*, dass der Patient tatsächlich depressiv ist. Erfolgt eine der Frage entsprechende Antwort, so werden ihre Präsuppositionen als valide und gerechtfertigt anerkannt. Da eine solche Validierung grundsätzlich von jeder Äußerung implizit eingefordert wird, bedarf es eines relativ hohen interaktionalen Aufwands, um die Präsuppositionen einer Frage zu widerlegen (vgl. Hayano 2013: 401).

Darüber hinaus werden Antworten durch bestimmte Agenden eingeschränkt, die sich aus zwei Elementen zusammensetzen: *topical* und *action agenda*. Erstere legen den thematischen Fokus für die Folgeäußerung fest, während *action agendas* den spezifischen Handlungsauftrag (z.B. Erklärung oder Rechtfertigung) bestimmen (vgl. Boyd/Heritage 2006: 155). Das Konzept des *agenda-setting* bezieht sich folglich auf thematische und handlungsorientierte Gesichtspunkte der von den Gesprächsteilnehmern hervorgebrachten Äußerungen, an denen sich die Rezipienten für gewöhnlich orientieren. Wird eine der beiden Agenden nicht eingehalten, so wird dies vom Fragenden in der Regel als Ausweichmanöver wahrgenommen, dem mit einer Wiederholung oder Reformulierung der Frage entgegengesteuert werden kann (vgl. Hayano 2013: 403).

Aus pragmatischer Sicht eröffnen Fragen vor diesem Hintergrund immer einen bestimmten strukturellen sowie inhaltlichen Antwortspielraum und bauen somit „eine sequenzlogisch gesehen verhältnismäßig starke Erwartungshaltung in Bezug auf die projizierte Folgeäußerung auf“

(vgl. Mack et al. 2016: 29). Häufig stehen den Rezipienten einer Frage jedoch mehrere Reaktionsmöglichkeiten zur Verfügung, die zwar keine Antworten darstellen, aber dennoch als akzeptable zweite Teile einer Paarsequenz toleriert werden. Mit anderen Worten: „not every response to a question can be satisfactorily identified as an *answer*“ (Muntigl/Zabala 2008: 189; Hervorh. im Original). So gibt es in den meisten Fällen alternative Reaktionstypen, die verschiedene Einstellungen in Bezug auf die Frage zum Ausdruck bringen (vgl. Schegloff 2007: 58). In diesem Zusammenhang wurde das Konzept der Präferenzorganisation geprägt, ein analytisches Werkzeug zur Beschreibung der strukturellen Beziehung von zwei Teilen einer Paarsequenz.

Anhand der Präferenzorganisation kann zwischen bevorzugten bzw. präferierten⁶ responsiven Reaktionen und strukturell ungleichwertigen dispräferierten Antworten differenziert werden. Letztere äußern sich beispielsweise durch „die Beteuerung, etwas nicht zu wissen, ‘Umleitungen’ (*Frag besser Maria*), Antwortverweigerungen und Infragestellen der Präsuppositionen oder der Ernsthaftigkeit der Frage“ (Levinson 2000: 334; Hervorh. im Original). Erkennbar sind derartige Reaktionen an diversen formulierungsdynamischen und strukturellen Merkmalen (sogenannte Dispräferenzmarker), die Levinson wie folgt zusammenfasst (2000: 363; Hervorh. im Original):

- (a) *Verzögerungen*: (i) Pause vor der Äußerung, (ii) Einleitung (siehe (b)), (iii) Verschiebung über mehrere Beiträge hinweg durch Verwendung von *Reparaturinitiatoren* oder Einschüben
- (b) *Einleitungen*: (i) Marker oder Ankündigungen von weniger bevorzugten Äußerungen wie *Uh* und *Well*, (ii) Ausdruck scheinbarer Zustimmung vor Widerspruch, (iii) gegebenenfalls Würdigungen (bei Angeboten, Einladungen, Vorschlägen, Ratschlägen), (iv) gegebenenfalls Entschuldigungen (bei Bitten, Einladungen usw.), (v) Einschränkungen

⁶ Der konversationsanalytische Begriff der *Präferenz* ist von dem homonymen psychologischen Terminus im Sinne individueller Vorlieben, Neigungen oder Einstellungen abzugrenzen. Der hier verwendete Präferenz-Begriff bezieht sich ausschließlich auf die strukturelle Beziehung zwischen verschiedenen Sequenzteilen (vgl. Levinson 2000: 361; Schegloff 2007: 61; Stukenbrock 2013: 233 f.).

(z.B. *I don't know for sure, but...*), (vi) Zögern in verschiedenen Formen, einschließlich Selbstreparatur

(c) *Erklärungen*: sorgfältig formulierte Begründungen für die (weniger bevorzugte) Handlung

(d) *Ablehnung*: in der Form dem ersten Teil des Paares angepaßt [sic!], aber typischerweise indirekt oder abgemildert

Dispräferierte Antworten sind demzufolge stets markiert, weisen einen hohen Komplexitätsgrad auf und sind als solche auf den unterschiedlichsten linguistischen Beschreibungsebenen erkennbar, wohingegen präferierte Reaktionen unmarkiert, das heißt, strukturell unauffällig sind und direkt sowie ohne markante Verzögerungen geäußert werden (vgl. Pomerantz/Heritage 2013: 214 f.). In der Regel sind Gesprächsteilnehmer jedoch darum bemüht, sich kooperativ zu verhalten und dispräferierte Äußerungen zu vermeiden. Auch wenn etwas nicht bestätigt, abgelehnt oder zurückgewiesen wird, ziehen es Interaktanten demnach meist vor, ihre Antworten zumindest als partielle Bestätigungen zu formulieren, anstatt expliziten Widerspruch zu äußern (vgl. ebd.: 213).

4.2 Formale und funktionale Klassifikation

Basierend auf einem Fragekorpus medizinischer Gespräche nimmt Spranz-Fogasy (2010) eine formale und funktionale Typisierung ärztlicher Fragen vor. Aufgrund des verwandten Institutionscharakters von somatisch-medizinischen und psychotherapeutischen Gesprächen (vgl. Kap. 2.1) und den methodisch prinzipiell ähnlich angelegten gesprächsanalytischen Untersuchungen lässt sich diese Systematik ebenso auf Letztere übertragen. Im Folgenden werden daher grundlegende Formen und Funktionen von Fragen vorgestellt, die sowohl auf therapeutische als auch auf nicht-therapeutische Gesprächskontexte zutreffen.

In lexikogrammatischer bzw. syntaktischer Hinsicht differenziert Spranz-Fogasy zunächst zwischen W-Fragen, syntaktischen bzw. Verberststellungsfragen (V1-Fragen) und Deklarativsatzfragen (DS-Fragen) (vgl. 2010: 48 f.). Auf formaler Ebene zeichnen sich W-Fragen durch einleitende Interrogativadverbien oder -pronomen – sogenannte W-Wörter

(*wer, was, wann, wo, wie, warum* etc.) – aus, die vom Verb in zweiter Satzgliedposition gefolgt werden. V1-Fragen sind demgegenüber durch die Erststellung des Verbs gekennzeichnet, während DS-Fragen „in ihrer syntaktischen Struktur dem Deklarativsatz“ (ebd.: 49) entsprechen. Demzufolge sind W- und V1-Fragen bereits durch ihre formale Gestaltung als interrogative Sprachhandlungen erkennbar, wohingegen DS-Fragen „als Fragen durch interaktive, insbesondere prosodische, sequenzielle und andere kontextuelle Merkmale identifizierbar sind“ (ebd.). So können beispielsweise Rückversicherungspartikeln oder steigende Intonationsmuster herangezogen werden, um eine DS-Frage eindeutig als solche auszuweisen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass die Fragequalität oftmals nicht eindeutig bestimmbar ist und es dem Rezipienten bisweilen selbst überlassen wird, eine DS-Frage als interrogative oder deklarative Sprachhandlung zu interpretieren.

Alle Fragetypen sind in der Lage, neue oder zusätzliche Aspekte des jeweils behandelten Themas einzuleiten. Prinzipiell können somit W-, V1- als auch DS-Fragen als Komplettierungsfragen eingesetzt werden, deren Aufgabe primär darin besteht, „das Wissen des Arztes über den Patienten und seine Beschwerden gemäß professioneller Relevanzen zu vervollständigen, die in den bisherigen Äußerungen des Patienten (noch) nicht erwähnt oder implizit relevant wurden“ (ebd.: 51). Ein wesentlicher Unterschied zwischen den drei Fragetypen besteht hingegen in deren retrospektiver Funktion. So implizieren W-, V1- und DS-Fragen jeweils unterschiedliche Verstehenslagen des Therapeuten, welche aus dem unmittelbar vorangehenden Turn oder weiter zurückliegenden Darstellungen des Patienten resultieren. Unter pragmatischen Gesichtspunkten vermitteln sie demnach ein „zunehmendes Präsuppositionsniveau, das vom Verständnis des gegebenen thematischen Zusammenhangs über die Annahme relevanter Alternativen bis zur Unterstellung einer Proposition reicht“ (ebd.: 53).

W-Fragen dokumentieren in dieser Hinsicht einen vergleichsweise geringen Wissensstand. Fokussiert wird hierbei eine „mangelnde Bearbeitung bzw. ein Verständnisproblem hinsichtlich der genannten spezifischen (W-)Kategorie“ (ebd.; Hervorh. im Original). Inhaltlich werden damit fehlende kategoriale Aspekte des jeweiligen Sachverhalts (z.B. Personen, Geschehen, Zeit, Dauer, Ort, Art und Weise, Zweck etc.) erfragt und

die Vorgängeräußerung als unterspezifiziert behandelt. W-Fragen werden vor diesem Hintergrund häufig als (offene) Ergänzungsfragen bezeichnet, die einen breiten Antwortspielraum eröffnen und thematisch lediglich hinsichtlich der vorgegebenen W-Dimension begrenzt sind (vgl. Köller 2004: 665; Spranz-Fogasy 2010: 50).

Demgegenüber implizieren V1-Fragen einen gesteigerten therapeutischen Wissensstand bezüglich des Redegegenstands und beziehen sich „auf den epistemischen Status der (Nicht-)Existenz von Sachverhalten oder Sachverhaltsaspekten, bzw. auf die *Wahrheit* und *Gültigkeit* der Aussagen darüber“ (Spranz-Fogasy 2010: 54; Hervorh. im Original). Damit weisen sie einen deutlich höheren Präsuppositionsgehalt auf als W-Fragen, durch den der Therapeut sein Wissen über den jeweiligen Redegegenstand zum Ausdruck bringt. In diesem Zusammenhang ist auch häufig von Entscheidungsfragen „im Sinne einer ja/nein-Option“ (ebd.) die Rede, die eine inhaltlich vollständige Aussage darstellen und im Rahmen der Folgeäußerung lediglich bestätigt oder zurückgewiesen werden sollen (vgl. Köller 2004: 667). Damit implizieren V1-Fragen in der Regel immer auch eine spezifische Antwortpräferenz, die den Patienten in seiner Äußerungsgestaltung einschränkt, sodass davon abweichende, widerständige Reaktionen meist mit einem erheblichen interaktionalen Aufwand verbunden sind.

Anhand von DS-Fragen wird das Antwortverhalten des Patienten schließlich noch weiter eingegrenzt, indem „eine bestimmte Prädikation als nicht nur möglich, sondern als sehr wahrscheinlich gerahmt“ (Spranz-Fogasy 2010: 54) wird. Der Therapeut beansprucht somit epistemische Autorität auf die Existenz, Wahrheit oder Gültigkeit des jeweiligen Redegegenstands und ersucht diesbezüglich lediglich die Ratifikation seitens des Patienten. Als Ratifikationsfragen werden DS-Fragen daher oft herangezogen, um „Behauptungen als intersubjektive Fakten zu verankern“ (ebd.) und eine zustimmende Patientenreaktion zu evozieren. Insgesamt stellen W-, V1- und DS-Fragen also ein nützliches „Werkzeug zur Verstehensorganisation“ (ebd.: 55) dar, vermitteln einen systematischen Anstieg des epistemisch-autoritativen Wissenszustands des Therapeuten und schränken die Antwortmöglichkeiten des Patienten zunehmend ein. Neben diesen lexikogrammatistisch und interaktional definierten Fragety-

pen lässt sich in der Psychotherapie allerdings noch ein weiterer, in systematischer Regelmäßigkeit eingesetzter Funktionstyp therapeutischer Fragen beobachten: die lösungsorientierte Frage.

4.3 Lösungsorientierte Fragen

Lösungsorientierte Fragen wurden erstmals von Mack et al. (2016) als Fragetyp mit eigenständigen funktionalen Eigenschaften im psychotherapeutischen Gespräch identifiziert. Grundsätzlich zeichnen sie sich dadurch aus, dass sie den Handlungsauftrag einer Lösungsfindung für ein zuvor im Gespräch ausgehandeltes Problem bzw. komplex miteinander zusammenhängende Probleme des Patienten etablieren (vgl. Mack et al. 2016: 81). Der Therapeut fungiert dabei als initiierende Instanz, wendet den Fokus von der Problemexploration ab und nimmt mit der Frage eine zukunftsgerichtete Perspektive ein, durch die der Patient auf potenzielle Problemlösungen aufmerksam gemacht werden soll. Auf diese Weise wird er dazu angeregt, in einem durch den projektiven Charakter von Lösungsorientierten Fragen geschützten Rahmen selbstständig eine Lösung für seine Probleme zu erarbeiten. Durch die hypothetische Eigenart der Fragen, die „auf die Zukunft bezogen und erst noch zu realisieren sind“ (ebd.), müssen Patienten somit keine Konsequenzen für die geäußerten Lösungsmöglichkeiten fürchten, sondern können „in einem geschützten Rahmen gedanklich wie sprachlich mit verschiedenen Szenarien und eben auch Lösungsmöglichkeiten ‘experimentier[en]‘“ (ebd.). Durch mentale und volitionale Verben sowie einen regelmäßigen Gebrauch des Konjunktivs werden die geäußerten Inhalte dabei als höchst tentativ und verhandelbar dargestellt. Im Hinblick auf die hier untersuchten psychotherapeutischen Gespräche mit depressiven Patienten übernehmen Lösungsorientierte Fragen demnach eine zentrale Aufgabe, insofern sie der reduzierten Handlungsfähigkeit und fehlenden Zukunftsperspektive der Patienten entgegenwirken und so zu einer positiveren Selbstwahrnehmung beitragen können (vgl. Spranz-Fogasy et al. 2018, Kabatnik et al. 2019).

Thematisch beziehen sich Lösungsorientierte Fragen in der Regel auf den persönlichen Lebensbereich oder die aktuelle therapeutische Behandlung des Patienten und fokussieren meist dessen Wünsche, Hoffnungen, Vorstellungen oder Ziele außerhalb oder innerhalb der Therapie

(vgl. Bröcher 2017: 35; Oelschläger 2017: 38). Die primäre Funktion von Lösungsorientierten Fragen besteht in diesem Zusammenhang in einer „Überprüfung von Bewusstseinsständen und Perspektiven des Patienten sowie dessen Fähigkeit zur Lösungsfindung“ (Oelschläger 2017: 90 f.). Dadurch kann der Therapeut die psychische Verfassung des Patienten besser einschätzen und diagnostisch wertvolle Informationen gewinnen. Darüber hinaus kann durch Lösungsorientierte Fragen implizit Kritik an bestimmten „problematischen Haltungen, Verhaltensweisen oder Äußerungen des Patienten“ (ebd.: 90) geübt und ihm so seine Schwächen aufgezeigt werden, die sodann im Gespräch vertieft behandelt werden können. Aber auch die Ermittlung tatsächlicher Möglichkeiten im Sinne einer Präsentation konkreter Lösungsansätze bezüglich Wünschen, Zielen oder Lebensplänen des Patienten oder die Übertragung von Verantwortung in Bezug auf eine eigenständige sowie eigenverantwortliche Lösungsformulierung werden als mögliche Funktionen von Lösungsorientierten Fragen angeführt (vgl. Bröcher 2017: 37 f.). Häufig weisen die Fragen dabei nicht nur eine, sondern mehrere funktionale Eigenschaften gleichzeitig auf (vgl. Bröcher 2017: 76 f.; Oelschläger 2017: 91).

In gesprächsstruktureller Hinsicht sind Lösungsorientierte Fragen meist präterminal zu verorten (vgl. Oelschläger 2017: 39). Im Korpus der vorliegenden Untersuchung befinden sich demnach 18 der insgesamt 27 Lösungsorientierten Fragen im letzten Drittel des Gesprächs. Im ersten Drittel werden Lösungsorientierte Fragen hingegen deutlich seltener eingesetzt (neun von 27 Fällen), was hinsichtlich ihrer lösungsorientierten Eigenart wenig verwunderlich ist. Schließlich muss das jeweilige Problem des Patienten im Gespräch zunächst eingehend erörtert und vertieft werden, bevor eine entsprechende Lösung angestrebt werden kann. Die Verwendung von Lösungsorientierten Fragen ist somit insgesamt stark von der jeweiligen Gesprächsentwicklung abhängig, sodass sie in der Regel erst zum Einsatz kommen, nachdem bestimmte, problematisch behaftete Themen ausführlich behandelt wurden (vgl. Bröcher 2017: 34).

Kabatnik et al. (2019) entwickelten vor diesem Hintergrund ein Sequenzmodell, das die sequenzorganisatorischen Eigenschaften von Lösungsorientierten Fragen veranschaulicht:

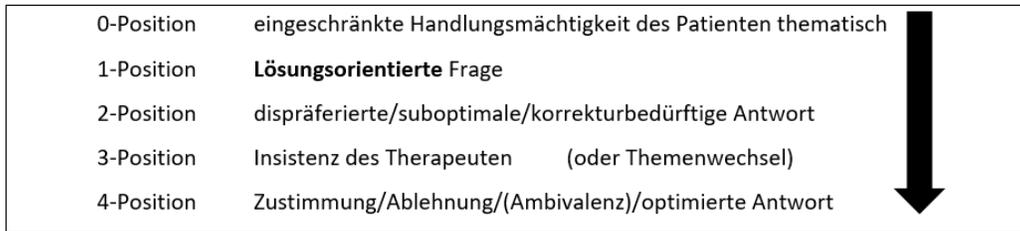


Abb. 1: Sequenzorganisationsmodell Lösungsorientierter Fragen nach Kabatnik et al. (2019)

Wie in Abbildung 1 dargestellt, schließen Lösungsorientierte Fragen an spezifische thematische Anknüpfungspunkte, die eingeschränkte Handlungsmächtigkeit des Patienten⁷ im behandelten Problemfeld, aus dem unmittelbar vorhergehenden Gesprächskontext oder auch weiter zurückliegenden Abschnitten an. In erster Sequenzposition folgt die Lösungsorientierte Frage, die anschließend vom Patienten in zweiter Position bearbeitet wird und dabei in unseren Daten fast immer dispräferierte, suboptimale oder korrekturbedürftige Merkmale aufweist. Im dritten Sequenzschritt erhält der Therapeut wieder das Rederecht und schließt dabei, meist in Form von *formulations* oder Interpretationen, insistent an die weniger bevorzugte Patientenantwort an oder er verlässt das Thema ganz. Je nachdem, wie der Therapeut seine Äußerung gestaltet, kann der Patient in vierter Position daraufhin zustimmend, ablehnend oder ambivalent auf die therapeutische Vorgängeräußerung Stellung beziehen, oder er produziert eine optimierte Antwort⁸ auf die ursprüngliche Lösungsorientierte Frage aus erster Position. Da es sich bei diesem Modell um einen idealtypischen Bearbeitungsverlauf handelt, sollte angemerkt werden, dass die einzelnen Schritte nicht immer zwangsläufig in der dargestellten Reihenfolge auftreten müssen und auch schleifenartige Verläufe nicht ausgeschlossen sind (vgl. Oelschläger 2017: 50).

⁷ Zur niedrigen Agency im Vorfeld von Lösungsorientierten Fragen siehe ausführlich Spranz-Fogasy et al.2018.

⁸ Unter optimierten Antworten werden hier patientenseitige Äußerungen verstanden, die nachträglich produzierte präferierte Antworten auf die Ausgangsfrage aus erster Sequenzposition darstellen (vgl. Kabatnik et al. 2019).

5 Widerstand als interdisziplinärer Forschungsgegenstand

Dieses Kapitel widmet sich dem Konzept des Widerstands aus psychoanalytischer und linguistischer Perspektive. Damit soll ein möglichst umfangreicher Überblick über Widerstand als Phänomen sowie insbesondere über bisherige gesprächsanalytische Erkenntnisse zum therapeutischen Umgang mit patientenseitiger Resistenz verschafft werden.

5.1 Widerstand aus psychoanalytischer Perspektive

Das therapeutische Verständnis von Widerstand geht im Wesentlichen auf die gegen Ende des 19. Jahrhunderts gegründete psychoanalytische Theorie Sigmund Freuds zurück. Es entwickelte sich aus Freuds Beobachtung seines eigenen sprachlich-interventionellen Umgangs mit herausfordernden Therapiesituationen: Manche Patienten wiesen spezifische, augenscheinlich mit ihren Beschwerden und ihrer persönlichen Geschichte verknüpfte Erinnerungslücken auf und waren weder durch Suggestion noch Überzeugung dazu zu bringen, diesen „Widerstand“ aufzugeben. Stattdessen war eine indirekte Strategie erfolgreicher, die die Patienten einlud, in der therapeutischen Situation alles zu sagen, was ihnen gerade einfiel, unabhängig davon, ob es auf den ersten Blick mit dem Thema zusammenhinge oder nicht. Damit wurde auch gleichzeitig mit der „freien Assoziation“ eine therapeutische Technik für den Umgang mit Widerstandsphänomenen entwickelt, die die psychoanalytisch begründeten Verfahren über viele Jahre prägen sollte (Ermann 2014). Wie sich im weiteren Verlauf der psychoanalytischen Praxis zeigen sollte, verschwand dadurch das Phänomen des Widerstandes nicht aus den Behandlungen, wurde aber mit anderer Bedeutung versehen.

Das Behandlungsziel der psychoanalytischen Psychotherapie besteht vor diesem Hintergrund darin, bestimmte, im Unbewusstsein verankerte Erinnerungen und Gefühle des Patienten gemeinsam mit dem Therapeuten im Gespräch aufzuarbeiten und dauerhaft ins Bewusstsein zu befördern, um positive Erlebens- und Verhaltensänderungen herbeizuführen (vgl. Vehviläinen 2008: 120 sowie Jennissen et al. 2018). In diesem Kontext lässt sich jedoch ein für die Psychotherapie konstitutives Paradox beobachten: Einerseits ein durch das Aufsuchen der Behandlung vorhandener Wille des Patienten nach Veränderung und andererseits eine Angst

vor ebendieser Veränderung (vgl. Yao/Ma 2017: 217). Diese Veränderungsangst veranlasst Patienten immer wieder dazu, sich im Laufe der Therapie bestimmten Themen zu widersetzen:

Die Psychoanalyse geht davon aus, dass sich der Analysand auf einer bewussten Ebene zwar in Therapie begibt, um sich zu verändern (oder zumindest, um sich seiner Symptome zu entledigen), es aber zugleich unbewusste Tendenzen in ihm gibt, sich gegen ein Analysiertwerden zu sträuben, um das Bewusstwerden bisher unbewusster Persönlichkeitsanteile zu verhindern und so die [...] bereits etablierte Selbstkohärenz aufrechtzuerhalten. Diese unbewussten Tendenzen des Analysanden werden als Widerstand bezeichnet (Lutz et al. 2010: 130).

Widerstand wird im weiteren Verlauf der psychoanalytischen Theorieentwicklung als sich in Bezug auf die therapeutische Arbeit manifestierende Abwehr verstanden. Unter Widerstand werden demnach generell all diejenigen psychischen Prozesse gefasst, „die laut psychoanalytischer Theorie innerhalb der Therapie aktiviert werden und sich spezifisch gegen den therapeutischen Prozess der Bewusstmachung von Unbewusstem richten“ (Scarvaglieri 2013: 31). Ein solch „widerständiges“ Verhalten ist mitunter auf ein mangelndes Vertrauen in die eigene Fähigkeit, mit Problemen umzugehen, zurückzuführen und manifestiert sich beispielsweise in Form von Schweigen, Wortkargheit, einer bestimmten Körperhaltung, im Erzählen trivialer Ereignisse oder Vermeiden spezifischer Themen (vgl. Lutz et al. 2010: 130 f.). Aber auch das Versäumen von oder Zuspätkommen zu Sitzungen kann als Anzeichen von Widerstand gewertet werden (vgl. Vehviläinen 2008: 121). Damit sind Widerstandphänomene nicht nur auf das Erinnern beschränkt, sondern beziehen sich auf alle möglichen Formen von Gefühlen, Gedanken, Impulsen und Handlungen, die aufgrund der Interaktion der psychodynamischen Konstellation eines Patienten mit der therapeutischen Situation aus dem aktiven Erleben und damit auch aus der gemeinsamen Bearbeitung herausgehalten werden. Hier wird zunehmend der Übertragungswiderstand von Bedeutung, der beschreibt, wie Aspekte des Erlebens und Verhaltens nicht ins Bewusstsein

und/oder nicht zur Sprache kommen können, weil insbesondere eine vermutete negative Reaktion des Therapeuten vermieden werden soll (Gabbard, 2010: 115 ff.), so dass der Widerstandsanalyse gleichzeitig ein hohes Potenzial für das Verstehen des Patienten zugebilligt wurde: Wenn deutlich wird, warum sich ein leidender Mensch nicht ändern kann, lässt sich ihm vielleicht besser helfen, als wenn dieses Phänomen ausgeklammert oder nur zum Verschwinden gebracht werden soll. Entgegen der in der Umgangssprache eher negativ konnotierten Verwendungsweise des Begriffs wird Widerstand in der psychotherapeutischen Praxis jedoch mehrheitlich als wesentlicher Bestandteil und therapeutisch wertvolles Konzept verstanden. Patientenseitige Abwehrmechanismen sind in dieser Hinsicht nicht als zu beseitigendes Hindernis im Sinne einer Störung des therapeutischen Prozesses zu betrachten, sondern vielmehr als „part and parcel of the very activity of doing therapy“ (Voutilainen/Peräkylä 2016: 549; vgl. Messer 2002: 158; Vehviläinen 2008: 138). Nach psychoanalytischer Auffassung deutet demnach jegliches Verhalten, das in Verbindung mit Ablehnung oder Gegenwehr steht, auf eine schmerzhaft, aber essenzielle Erfahrung des Patienten und kann daher unter Berücksichtigung von Behandlungszielen und -setting zum Ausgangspunkt ausführlicherer Betrachtung gemacht werden (vgl. Vehviläinen 2008: 130). Die Herausforderung des Therapeuten besteht vor diesem Hintergrund nicht zwangsläufig darin, den Widerstand zu überwinden, sondern dessen nutzbringende Funktionen anzuerkennen und den Patienten in der Wahrnehmung seines „widerständigen“ Verhaltens zu unterstützen, es gemeinsam im Gespräch aufzuarbeiten und damit ein beidseitiges Verständnis der ursächlichen Leiden des Patienten zu generieren (vgl. Vehviläinen 2008: 121; Yao/Ma 2017: 217). Wichtig ist, dass Widerstandsphänomene heutzutage nicht allein auf Seiten des Patienten gesehen werden, sondern in einer Form der Co-Konstruktion, die explizit die bewussten sowie nicht bewussten (vgl. Zepf, 2000: 491) Anteile der Beziehungsgestaltung durch den Therapeuten mit einbezieht, verstanden werden. Sie haben damit einerseits eine Hinweis-, zweitens eine beziehungsregulierende, und erst drittens eine therapiehemmende Funktion (Wölfler/Kruse, 2010).

5.2 Widerstand aus linguistischer Perspektive

Während Widerstand nach klassischer, psychoanalytischer Auffassung primär als intrapsychisches Phänomen konzipiert wird, gehen die meisten sprachwissenschaftlich basierten Theorien von einem interpersonalen Konzept aus, das an der sprachlichen Oberfläche sichtbar wird. In diesem Zusammenhang werden diverse Sprachhandlungen, wie „acts of disconfirming or disagreeing, rejecting advice or not providing a ‘relevant’ answer (i.e., avoidance)“ (Muntigl 2013: 18) in Verbindung mit widerständigem oder abwehrendem Verhalten gebracht. Entsprechende linguistische Studien zu kommunikativem Widerstand wurden bislang in unterschiedlichen Gesprächskontexten, wie medizinischer Kommunikation (vgl. Koenig 2011; Stivers 2005), Beratungsgesprächen (vgl. Hutchby 2002; Vehviläinen 1999; Waring 2005) oder Medieninterviews (vgl. Clayman 1993) durchgeführt. Im Bereich der Psychotherapie lässt sich auf internationaler Ebene ebenfalls eine wachsende Anzahl gesprächsanalytischer Arbeiten zu kommunikativen Widerstandspraktiken verzeichnen. Widerstand wird in diesem Kontext als responsive Handlung auf unterschiedliche therapeutische Sprachhandlungen, wie *formulations* (vgl. Antaki 2008), Interpretationen (vgl. Ekberg/LeCouteur 2015; Peräkylä 2005; Vehviläinen 2008) oder Fragen (vgl. Chamberlain et al. 1984; MacMartin 2008; Muntigl 2013; Muntigl/Choi 2010) untersucht.

In der Forschungsliteratur werden sowohl aktive als auch passive Widerstandspraktiken beschrieben. Letztere zeichnen sich durch äußerst subtiles resistentes Verhalten aus, beispielsweise durch das Ausbleiben einer Reaktion (vgl. Chamberlain et al. 1984; Yao/Ma 2017), minimale Redebeiträge (vgl. Muntigl/Zabala 2008; Peräkylä 2005), Themenvermeidung oder Ausweichen der therapeutischen Agenda oder Präsupposition (vgl. Chamberlain et al. 1984; MacMartin 2008; Muntigl/Zabala 2008; Peräkylä 2005), unspezifische oder vage Äußerungen (vgl. Muntigl/Zabala 2008, Schedl et al. 2018), oder sarkastische Kommentare (vgl. MacMartin 2008). Bezüglich direkten, aktiven Widerstandspraktiken, wie verbalisiertem Nichtwissen (vgl. Hutchby 2002; MacMartin 2008; Muntigl 2013; Muntigl/Zabala 2008) oder Nichterinnern (vgl. Muntigl/Choi 2010) lohnt sich ein kurzer Exkurs zur Rolle von Wissen im Gespräch.

Erfolgreiche Kommunikation, so die allgemeine Theorie, erfordert grundsätzlich eine Herstellung und Aufrechterhaltung eines *common*

ground, also eines geteilten Wissensstands, der fortlaufend aktualisiert werden muss (vgl. Deppermann 2015: 7). Wird ein Gesprächsbeitrag produziert, so müssen Sprecher daher stets Annahmen darüber machen, welches Wissen die Rezipienten über den jeweiligen Redegegenstand bereits besitzen. Von diesen Annahmen hängt im Wesentlichen die Turngestaltung ab, insofern Ausdrücke und Formulierungen so gewählt werden müssen, dass sie „einerseits hinreichend explizit und somit verständlich, andererseits aber auch nicht zu redundant mit Blick auf das schon bestehende Wissen des Partners [sind]“ (ebd.). Ein solcher, auf Wissensunterstellungen basierender Adressatenzuschnitt (engl. *recipient design*) ist damit zentrale Voraussetzung für das Gelingen von Kommunikation, kann aber auch Missverständnisse zur Folge haben oder anderweitige interaktionale Probleme nach sich ziehen. So können in der Psychotherapie beispielsweise falsche Annahmen des Therapeuten über die Gefühle, Gedanken, Erfahrungen, Ziele oder Interessen des Patienten zu kommunikativem Widerstand führen (vgl. Stremlau 2017: 14).

Aber auch ein zu geringer Wissensbestand des Patienten in Bezug auf einen bestimmten Redegegenstand kann in resistentem Verhalten resultieren. Für sprachwissenschaftlich orientierte Untersuchungen sind in diesem Kontext die Konzepte des epistemischen Status (engl. *epistemic status*) und der epistemischen Haltung (engl. *epistemic stance*) besonders bedeutsam: „Während der epistemische Status eine soziale Zuschreibung an Interaktionsbeteiligte darstellt, die der Interaktion vorausgesetzt ist, bezeichnet *epistemic stance* die Haltung, die ein Interaktionsteilnehmer mit seinem Turn in Bezug auf einen bestimmten Wissensgegenstand einnimmt“ (Deppermann 2015: 14; Hervorh. im Original). Psychotherapeutische Patienten weisen aufgrund ihrer Erkrankung und hilfeschekenden Stellung häufig einen eingeschränkten epistemischen Status in Bezug auf ihren mentalen und/oder psychischen Zustand auf, während Therapeuten durch ihr professionelles Handlungswissen epistemische Autorität bezüglich psychodynamischer Prozesse beanspruchen und in dieser Hinsicht eine höhere Wissensposition einnehmen.

Gleichzeitig zeigen sich Therapeut und Patient gegenseitig ihr (fehlendes) Wissen bezüglich des jeweiligen Redegegenstands kontinuierlich an. Diese *epistemic stance* wird durch verschiedene sprachliche Mittel artikuliert, beispielsweise durch Modalpartikeln (z.B. *ja*, *halt*), epistemische

disclaimer (z.B. *keine ahnung*), Satzadverbien (z.B. *vielleicht, wahrscheinlich*) oder mentale Verben (z.B. *denken, glauben*) (vgl. ebd.: 14 ff.). Epistemische Modalisierungen wie diese dienen der Anzeige des Gewissheitsgrads einer Äußerung oder der subjektiven Perspektive des Sprechers und spielen auch im Hinblick auf kommunikative Widerstandsphänomene eine wichtige Rolle. So kann durch die Verwendung einer oder mehrerer dieser sprachlichen Praktiken angezeigt werden, dass der Sprecher über ein bestimmtes Wissen nicht verfügt und daher eine Frage nicht (ausreichend) beantworten kann. Darüber hinaus kann verbalisiertes Nichtwissen beispielsweise disaffiliativ gebraucht werden, um einer Frage auszuweichen und damit Widerstand zu leisten (Stremlau 2017). Patienten stehen vor diesem Hintergrund eine ganze Bandbreite an Praktiken zur Verfügung, mit denen sie sich der jeweiligen therapeutischen Agenda mehr oder weniger stark widersetzen können.

Für die linguistische Analyse solcher Praktiken stellt die Konversationsanalyse eine ganze Reihe von Analysekonzepten bereit. Hier ist als erstes das Prinzip der konditionellen Relevanz (Sacks et al. 1974) zu nennen, demzufolge eine bestimmte interaktionale Handlung, z.B. eine Frage, eine bestimmte Folgehandlung, z.B. eine Antwort, erwartbar macht (siehe auch Kapitel 4.1). Als sinnvolles Werkzeug für die Analyse von Resistenzphänomenen erweist sich zudem das (ebenfalls in Kapitel 4.1 vorgestellte) Konzept der Präferenzorganisation (Pomerantz/Heritage 2013). Angesichts der Tatsache, dass sich kommunikativer Widerstand immer erst durch dispräferierte Handlungen im Gespräch manifestiert, ist anzunehmen, dass widerständige Patientendarstellungen stets mindestens ein formulierungsdynamisches und/oder strukturelles Dispräferenzmerkmal aufweisen (vgl. Stremlau 2017: 12). Patientenseitige Verzögerungen, Einleitungen, Erklärungen oder Ablehnungen sind damit nicht nur als Anzeichen für dispräferierte Antworten zu deuten, sondern liefern zudem einen Hinweis auf kommunikativen Widerstand.

Des Weiteren kann das konversationsanalytische Konzept der Polarität Aufschluss über das Vorliegen kommunikativen Widerstands geben. Demnach bringen interrogative Äußerungen entsprechend der positiven oder negativen Formulierung ihrer Proposition bestimmte Einschränkungen für die Rezipientenreaktion mit sich (vgl. Raymond 2003: 943). Das Fragedesign wirkt sich somit manipulativ auf den in Erwartung gesetzten

Typ der Folgeäußerung aus und impliziert gleichzeitig eine sprecherseitige Annahme über den erfragten Sachverhalt. Diese Annahme kann aus unterschiedlichen Quellen, wie dem vorhergehenden Gesprächskontext, dem sprecherseitigen Wissensbestand oder anderen, externen Quellen bezogen werden (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 51). Zu den sprachlichen Ressourcen einer solchen fokalen Äußerung, die den zweiten Teil einer Paarsequenz systematisch vorstrukturieren, zählen grammatische, prosodische wie auch sprachstilistische Eigenschaften der Turngestaltung (vgl. Schegloff 2007: 62).

Besonders anschaulich lässt sich dieses Phänomen an sogenannten ja/nein-Fragen zeigen, die in der englischsprachigen Literatur als *yes-no questions/interrogatives*, *candidate answer questions* oder *polar questions* bekannt sind (vgl. Pomerantz/Heritage 2013: 213). Gemäß ihrer formalen Gestaltung setzen diese nicht nur eine zustimmende oder ablehnende Reaktion konditionell relevant, sondern enthalten darüber hinaus eine sprecherseitige Präferenzhaltung für eine dieser beiden Antwortalternativen (vgl. Hayano 2013: 405; Pomerantz/Heritage 2013: 214). So lässt die Ratifikationsfrage *Das hat Sie bestimmt hart getroffen* beispielsweise eine responsive Äußerung in Form einer ja- oder nein-Antwort erwarten und impliziert durch die positive Formulierung zudem, dass eine bestätigende Reaktion favorisiert wird. Demgegenüber stellt die Äußerung „Das hätten Sie nicht erwartet, oder?“ eine negierende Antwort in Erwartung. Fragen mit positiven Polaritätsmarkierungen enthalten somit eine starke Zustimmungserwartung, wohingegen negativ polarisierte Fragen verneinende Antworten präferieren (vgl. Hayano 2013: 405).

Diese Erkenntnisse bilden den wesentlichen Ausgangspunkt des von Raymond (2003) entwickelten Konzepts der Typ-Konformität. Demgemäß wird die Gestaltung responsiver Äußerungen nicht nur durch die vorgegebene präferenzstrukturelle Handlung und Polarität der Frage eingeschränkt, sondern zudem durch deren grammatische Konstruktion: „The grammatical forms of many [first pair parts] project, in varying degrees of specificity, a particular item or shape for response they make relevant“ (Raymond 2003: 944). Anhand von ja/nein-Fragen demonstriert Raymond in diesem Kontext, dass eine Antwort durch die grammatische Form der interrogativen Äußerung auf die zwei Alternativen *ja* oder *nein*

begrenzt ist.⁹ Wird eine solche, durch die grammatische Konstruktion der Frage in Erwartung gestellte Antwort geliefert, spricht Raymond von typ-konformen Antworten (engl. *type-conforming responses*) (vgl. 2003: 946). Nicht typ-konforme Äußerungen (engl. *nonconforming responses*) liegen hingegen vor, wenn die Turngestaltung eines zweiten Paarteils von der durch die grammatische Form des ersten Teils erzeugten Erwartung abweicht. Typ-Konformität ist dabei als ein von der Präferenzorganisation unabhängiger Ansatz zu verstehen, welcher jedoch denselben Prinzipien unterliegt und typ-konforme gegenüber nicht typ-konformen Antworten präferiert sowie typ-konforme Antworten „as the default response form“ (ebd.: 947) konzipiert.

Mit den Konzepten der Präferenzorganisation, Polarität und Typ-Konformität lässt sich somit bestimmen, ob kommunikativer Widerstand vorliegt oder nicht. Um unterschiedliche Grade von Widerstand zu erfassen und konsistent sowie vergleichbar zu halten, bedarf es zudem einer systematischen Typologisierung widerständiger Antworten. Die Typologie, die der Untersuchung zugrunde liegt, basiert im Wesentlichen auf den Forschungsergebnissen von MacMartin (2008). Diese befasst sich in ihrer Studie mit patientenseitigen Reaktionen auf optimistische Fragen (engl. *optimistic questions*) in konstruktiv-narrativen und lösungsfokussierten Therapiegesprächen und arbeitet in diesem Zusammenhang diverse patientenseitige Widerstandspraktiken und therapeutische Bewältigungsstrategien heraus. Grundsätzlich, so MacMartin, präferieren optimistische Fragen positiv ausgelegte Antworten bezüglich der persönlichen Eigenschaften, Erfahrungen und Handlungen der Patienten (vgl. 2008: 85). Die empirische Datenlage zeigt jedoch, dass Patienten die pragmatische Erwartung einer optimistischen Antwort meist nicht einlösen (können), sondern sich häufig unkooperativ (engl. *disaffiliative*) verhalten und damit dispräferierte Reaktionen (engl. *misaligned responses*) produzieren. Diese werden von MacMartin in zwei Kategorien eingeteilt: *non-answer* und *answer-like responses* (vgl. 2008: 85 ff.).

⁹ Weitere Fragetypen, auf die sich das Konzept der Typ-Konformität übertragen lässt, sind Alternativfragen, die eine Antwort auf eine der beiden Alternativen beschränken oder W-Fragen, die die responsive Handlung auf die erfragte W-Kategorie begrenzen (vgl. Stivers/Hayashi 2010: 2).

Erstere erweisen sich dabei als dispräferiert und nicht typ-konform im klassischen Sinne und zeichnen sich durch einen besonders hohen Grad an Widerständigkeit aus, insofern der durch die Frage festgelegte Handlungsauftrag nicht erfüllt wird. Derartige Antworten „tend to work in a disaffiliating manner, because they often fail to work pro-socially by not endorsing the evaluative stance or preference of the prior action“ (Muntigl 2013: 21). Dementsprechend wird der Patientenwiderstand offen in Form von verbalisiertem Nichtwissen oder Unwillen, einer Unfähigkeit oder Schwierigkeit zur Beantwortung der Frage angezeigt (vgl. MacMartin 2008: 85) und ist häufig auf eine geringe *epistemic stance* des Patienten zurückzuführen. Antworten, die keinen oder einen geringen, unsicheren Zugang zum eigenen Wissensbestand beanspruchen oder die Relevanz oder Nützlichkeit der Bezugsäußerung hinterfragen, ziehen generell eine Reihe interaktionaler Konsequenzen nach sich: Für den Patienten ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, eine Erklärung für das verbalisierte Nichtwissen zu liefern (vgl. Muntigl/Zabala 2008: 193). Kommt er dem nicht nach, so stehen Therapeuten hinsichtlich der unerfüllten konditionellen Relevanz vor der Wahl, die dispräferierte Antwort zu akzeptieren und zu einem anderen Thema überzugehen, oder auf einer angemessenen Beantwortung der Frage zu beharren.

Im Unterschied zu *non-answers* weisen *answer-like responses* eine oberflächliche Ähnlichkeit zu präferierten Antworten auf, da sie zum Teil an die therapeutische Frage anschließen. Allerdings modifizieren sie deren Ausrichtung oder Präsupposition dergestalt, dass sie die spezifischen strukturellen und inhaltlichen Anforderungen nicht vollständig erfüllen und daher vom Therapeuten häufig als problematisch behandelt werden (vgl. MacMartin 2008: 85). Muntigl und Zabala kommen zu einem ähnlichen Ergebnis und stellen fest, dass es neben strukturell und inhaltlich eindeutigen *answers* bzw. *non-answers* auf einer intermediären Ebene zahlreiche Patientenantworten gibt, die Mischformen aus diesen beiden Extrempolen darstellen (vgl. 2008: 191). Dabei handelt es sich häufig um Äußerungen, die ansatzweise als Antworten zu verstehen sind, vom Therapeuten in der Folge jedoch als unzureichend oder unvollständig behandelt werden, wie beispielsweise unspezifische Rezipientenreaktionen (vgl. ebd.: 194 f.) oder Antworten, die eine andere Frage beantworten (vgl. ebd.: 196 f.). Diese Unvollständigkeit kann sich auf unterschiedlichen

linguistischen Ebenen äußern: „[S]uch responses may be deemed intonationally and grammatically complete, yet *pragmatically* incomplete“ (ebd.: 193; Hervorh. im Original).

MacMartin teilt *answer-like responses* vor diesem Hintergrund nochmals in die drei Unterkategorien *optimism downgraders*, *joking/sarcastic responses* sowie *refocusing responses* auf (vgl. 2008: 86). *Optimism downgraders* zeichnen sich dadurch aus, dass sie den optimistischen Gehalt der jeweiligen Fragepräsupposition herabstufen oder nach und nach von deren optimistischer Agenda abweichen (vgl. ebd.). Unter *joking* und *sarcastic responses* werden Antworten gefasst, die die optimistische Präsupposition der Frage auf scherzhafte, ironische oder sarkastische Art und Weise untergraben oder sich ihr offenkundig widersetzen, „but in a way that still appear[s] to cooperate with the surface requirements of the question“ (ebd.: 88).

Answer-like responses des Typs *refocusing* hingegen „shift the focus of the questions to non-optimistically rendered constituents or [...] reattribute credit for optimistic constituents to factors or persons other than themselves“ (ebd.: 86 f.). Durch eine solche Modifikation der Agenda oder Präsupposition wird die vorangehende Frage nur indirekt oder lückenhaft beantwortet. MacMartin stellt fest, dass patientenseitige Reaktionen dieser Art meist infolge therapeutischer Fragen nach der Selbstdarstellung auftreten, die sich auf die Stärken, Fähigkeiten oder Handlungen des Patienten beziehen und zudem meist sehr offen gestellt sind. Dadurch sind sie vielseitig auslegbar, sodass Patienten dem problematischen Gehalt der Fragen mühelos ausweichen können.

In ihrer *refocusing*-Funktion weisen *answer-like responses* eine konzeptuelle Ähnlichkeit zu den von Stivers und Hayashi (2010) beschriebenen *transformative responses* auf. Diese zeichnen sich ebenfalls dadurch aus, dass sie die Frage in ihrer Gestaltung oder Agenda retrospektiv modifizieren und nicht ihrer ursprünglichen Intention entsprechend bearbeiten: „[T]he question recipient (dis)confirms a somewhat different question than was originally posed. Through the design of the (dis)confirmation, the question recipient retroactively proposes alterations to the question's terms or agenda“ (Stivers/Hayashi 2010: 2). *Refocusing answer-like* bzw. *transformative responses* implizieren somit einen deutlich geringeren Grad an Widerständigkeit im Vergleich zu *non-answer responses*.

Ergänzend zu dieser Einteilung weisen Kabatnik et al. (2019) einen weiteren Typ dispräferierter Patientenreaktionen nach, sogenannte „partiell konforme“ Antworten (siehe auch Marciniak 2017). Hierbei handelt es sich ebenfalls um einen Mischtyp zwischen dispräferierten und präferierten Reaktionen, der die formalen und inhaltlichen Anforderungen der Frage zwar erfüllt, aber gleichzeitig strukturelle oder formulierungsdynamische Dispräferenzmerkmale aufweist, wie Verzögerungen, Abschwächungen oder Erklärungen. *Answer-like responses* und partiell konforme Antworten sind demnach eng mit dem Phänomen der Teilresponsivität verbunden, welches „die Qualität respondierender Akte, also den Grad, mit dem auf Inhalt und Erwartungsnorm eines initiierenden Zuges eingegangen wird“ (Schedl et al. 2018: 79 f.), beschreibt. Mit diesem Konzept lassen sich passive Widerstandspraktiken linguistisch erfassen: Werden therapeutische Fragen unzureichend beantwortet, indem Patienten beispielsweise nur auf einen Aspekt eingehen, zu abstrakt antworten oder thematisch von der *topical agenda* der Frage abweichen, wird die konditionelle Relevanz nur teilweise eingelöst und die pragmatische Erwartung somit nicht vollständig erfüllt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Patienten eine ganze Bandbreite an alternativen Antwortmöglichkeiten zur Verfügung stehen, mit denen sie den spezifischen Anforderungen therapeutischer Fragen im Gespräch ausweichen und damit (aktiv oder passiv) Widerstand leisten können. Die Antwortgestaltung hängt stets von mehreren Faktoren ab und ist nicht ausschließlich auf die vom Therapeuten verwendete sprachliche Form der Frage zurückzuführen, sondern mitunter auch auf die individuelle Grundhaltung des Patienten bezüglich des Redegegenstands sowie auf seine allgemeine Verfassung und Bereitschaft, mit anderen Personen über persönliche Anliegen zu sprechen (vgl. Mack et al. 2016: 43). Anhand der Prinzipien bzw. Konzepte der konditionellen Relevanz, der Präferenzorganisation, Polarität und Typ-Konformität lässt sich kommunikativer Widerstand dabei linguistisch erfassen und beschreiben. Die vorgestellten *non-answer responses*, *answer-like responses* und partiell konformen Antworten dienen der nachfolgenden empirischen Analyse als Leitfaden für die Kategorisierung der widerständigen Patientenantworten.

5.3 Therapeutischer Umgang mit kommunikativem Widerstand

Kommt es zu einer dispräferierten oder nicht typ-konformen Antwort und damit zu kommunikativem Widerstand, so wird eine strukturelle Position eröffnet, an der der Therapeut Stellung bezüglich der Patientenreaktion beziehen muss.¹⁰ Dabei ist anzunehmen, dass je nach Art und Grad des vorausgehenden Widerstands unterschiedliche therapeutische Reaktionen relevant werden. So sind *non-answer responses* aufgrund der manifesten Resistenz, mangelnden Kooperationsbereitschaft oder geringen *epistemic stance* des Patienten beispielsweise schwieriger zu handhaben als subtilere Widerstandspraktiken in Form von *answer-like responses* oder partiell konformen Antworten, welche einen deutlich geringeren Widerstandsgrad indizieren. Erstere stellen meist ein ernsthaftes Dilemma für den Therapeuten dar, der einerseits darum bemüht ist, die Therapie voranzutreiben, andererseits den Patienten jedoch nicht zwingen kann über Themen zu sprechen, denen er sich widersetzt (vgl. Hutchby 2002: 165). Gerade im Umgang mit solch stark ausgeprägten Widerstandspraktiken, die die Relevanz oder Nützlichkeit ihrer Bezugsäußerung infrage stellen, sieht Newman eine äußerst herausfordernde Aufgabe für Therapeuten:

When clients work in opposition to their therapists' attempts to help them change, they put their therapists' professionalism and character to the test. This is so because while it is very easy to become fed up with highly resistant clients, it is very difficult to maintain a doggedly steady, caring, confident, hopeful stance with them. Yet, this latter approach is vital to the success of working through therapeutic impasses (2002: 173).

Anstatt den Widerstand offen zu kritisieren oder den Patienten mit dem problematischen Material nachdrücklich zu konfrontieren, ist es Newman zufolge unerlässlich, eine beobachtende, reflektierende und verständnisvolle Haltung zu bewahren und sich von dem resistenten Verhalten des Patienten nicht frustrieren zu lassen (vgl. ebd.). Dementsprechend werden in der Forschungsliteratur mehrheitlich folgende Strategien genannt,

¹⁰ Zu dieser *third position* s. Schegloff 2007, Stivers 2013.

mit denen Widerstand zugunsten der Aufrechterhaltung der therapeutischen Allianz bearbeitet wird: Reformulierungen der widerständigen Patientendarstellungen (vgl. MacMartin 2008: 92; Muntigl et al. 2013: 10; Yao/Ma 2017: 229), sukzessives Fragestellen (vgl. Yao/Ma 2017: 227 f.), *Recycle/n* oder Substitution der ursprünglichen Frage mit einer anderen, weniger widerstandselizitierenden Frage (vgl. MacMartin 2008: 92) oder abwartende Haltungen in Form von Schweigen oder Rückmeldepartikeln (z.B. *hmhm*) (vgl. Muntigl 2013: 23 f.; Muntigl/Zabala 2008: 198; Yao/Ma 2017: 229).

Auf der anderen Seite werden konfrontative, herausfordernde oder provokative therapeutische Sprachhandlungen als Strategien zur Bewältigung von kommunikativem Widerstand beschrieben (vgl. Muntigl 2013; Muntigl/Zabala 2008; Vehviläinen 2008; Yao/Ma 2017). Hierbei wird dem widerständigen oder abwehrenden Verhalten des Patienten mit persistenten Folgefragen (vgl. Muntigl 2013: 21 ff.; Muntigl/Zabala 2008: 208; Yao/Ma 2017: 227 f.) oder expliziten Thematisierungen des Widerstands (vgl. Muntigl 2013: 27 f.) entgegnet, mit der Absicht, eine bevorzugte, therapeutisch relevante Antwort zu elizitieren. Vehviläinen befürwortet dieses Vorgehen und stellt fest: „The identification and management of unconscious resistance – the key orientation of the analyst – is embedded in practices of confrontation and management of explicit client resistance“ (2008: 138). Generell sind diese Techniken durch ein äußerst unsensibles, offensives therapeutisches Verhalten gekennzeichnet, wodurch die widerständigen Antworten schlicht ignoriert oder offen kritisiert und die Patienten mit dem problematischen Material nachdrücklich konfrontiert werden.

Mehrere empirische Studien belegen jedoch, dass sich derartige Gesprächstechniken negativ auf das Verhalten des Patienten, den weiteren Gesprächsverlauf, sowie die therapeutische Allianz auswirken (vgl. Muntigl 2013; Muntigl et al. 2013; Weiste 2015). In diesem Zusammenhang wird argumentiert, dass konfrontative Reaktionen tendenziell nicht zu weniger, sondern zu mehr und mitunter stärkerem Widerstand führen. So kommt Muntigl im Rahmen seiner Untersuchung von patientenseitigen Widerstandspraktiken und entsprechenden therapeutischen Umgangsformen beispielsweise zu folgender Erkenntnis: Je mehr sich der

Therapeut im Laufe der Zeit disaffiliativ gegenüber dem Widerstand seines Patienten verhielt, indem er diesen offen thematisierte oder hinterfragte, desto stärker verfestigte sich das patientenseitige Abwehrverhalten gegen die therapeutische Agenda (vgl. 2013: 34 f.). In der Folge kam es zu einer Unterbrechung der Gesprächsprogression sowie zu einer erheblichen Verschlechterung der Beziehung zwischen Therapeut und Patient. Um die therapeutische Allianz aufrechtzuerhalten und die emotionale Beziehung der Interaktanten nicht negativ zu beeinflussen, werden solch unsensible, offensive Techniken daher generell eher sparsam eingesetzt. So finden konfrontative, provokative oder herausfordernde Sprachhandlungen infolge kommunikativen Patientenwiderstands in der Regel erst Verwendung, wenn andere Interventionsstrategien erfolglos bleiben, Patienten keinerlei Kooperationsbereitschaft zeigen oder durchgehend planvollen Widerstand leisten (vgl. Muntigl 2013: 29 ff.; Muntigl et al. 2013: 13; Yao/Ma 2017: 228).

Dieser kurze Forschungsüberblick zeigt, dass empirische Studien zu kommunikativen Praktiken des Widerstandsmanagements bereits Einzug in die – vorwiegend englischsprachige – linguistische Psychotherapieforschung gehalten haben (vgl. Hutchby 2002; MacMartin 2008; Messer 2002; Muntigl 2013; Muntigl/Zabala 2008; Peräkylä 2005; Peräkylä 2011; Vehviläinen 2008; Voutilainen/Peräkylä 2016; Yao/Ma 2017). Nichtsdestotrotz handelt es sich dabei um ein noch weitgehend unerforschtes Forschungsfeld, das bis dato vergleichsweise wenig wissenschaftliche Aufmerksamkeit erfahren hat und nach systematisch gewonnenen Erkenntnissen verlangt. Im Zusammenhang mit lösungsorientierten Fragen gibt es jedenfalls bislang noch keine systematische Untersuchung zu therapeutischen Strategien des Umgangs mit kommunikativem Patientenwiderstand.

6 Zielsetzung, Forschungsmethode und Datengrundlage

Der umrissene theoretische Hintergrund sowie das Forschungsdefizit im Bereich der gesprächsanalytischen Bewältigungsforschung widerständiger Patientenantworten auf Lösungsorientierte Fragen bilden die Ausgangslage der nachfolgenden empirischen Analyse. Angeleitet wird die Untersuchung dabei durch die Frage, wie Therapeuten in dritter Sequenzposition auf kommunikative Widerstandspraktiken nach Lösungsorientierten Fragen reagieren. Demnach wird in einem ersten Schritt darauf zu achten sein, ob und inwiefern sich Patienten den pragmatischen Anforderungen der jeweiligen Lösungsorientierten Fragen widersetzen. In einem zweiten Schritt werden dann die therapeutischen Strategien des Widerstandsmanagements analysiert und eine Typenbildung solcher Strategien versucht.

Ziel der Untersuchung ist es, ein gesprächsanalytisches Verständnis für verschiedene Techniken des Widerstandsmanagements zu gewinnen und die Erkenntnisse für die Psychotherapieforschung und die psychotherapeutische Praxis fruchtbar zu machen. Aus sprachwissenschaftlicher Sicht wird damit ein Beitrag zur linguistischen Psychotherapieforschung geleistet und die bisher nur wenigen wissenschaftlichen Studien zum Umgang mit Patientenwiderstand um eine empirisch fundierte Arbeit ergänzt. Aber auch für die therapeutische Praxis hält die Untersuchung nützliche Erkenntnisse bereit, insofern sie praktizierenden Therapeuten einen Anreiz bietet, widerständige Antworten auf einer bewussteren Ebene zu reflektieren und ihnen mit individuell angepassten Reaktionen strategisch entgegenzusteuern, um diagnose- und therapierelevante Informationen zu elizitieren. Methodisch orientiert sich die Untersuchung dabei an der linguistischen Gesprächsanalyse.

6.1 Gesprächsanalyse

Die Gesprächsanalyse versteht sich als qualitatives und deskriptives Untersuchungsinstrument für gesprochene Sprache und interessiert sich für die Regeln und Mechanismen, die natürlichen Gesprächen als Form sozialen Handelns zugrunde liegen (vgl. Deppermann 2008: 10). Als relativ junge Forschungsdisziplin, die sie sich erst im Laufe der 1970er Jahre entwickelt hat, wurzelt sie im Wesentlichen in der ethnomethodologischen

Soziologie sowie in der hieraus entstandenen Konversationsanalyse.¹¹ Ihre allgemeine Zielbestimmung besteht darin, „zu beschreiben und zu erklären, wie mittels sprachlich-interaktiver Elemente und Verfahren sozial-kommunikativer Sinn entsteht und welche Sinninhalte dies konkret sind“ (Brinker/Sager 2006: 181). So gilt es, implizit, routinemäßig und unbewusst ablaufende Gesprächspraktiken aus verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen zu explizieren und zu systematisieren und damit „das Allgemeine im Besonderen zu ermitteln“ (ebd.).

Kennzeichnend für die Gesprächsanalyse ist sowohl ihr radikales Empirieverständnis als auch ihr induktives Vorgehen (vgl. Deppermann 2008: 11). Untersucht werden demnach authentische Gespräche in Form von Audio- oder Videoaufnahmen, die nicht eigens für gesprächsanalytische Forschungszwecke aufgezeichnet wurden und so ein möglichst unverfälschtes Abbild der Realität widerspiegeln. Darüber hinaus werden keine ex-ante Hypothesen aufgestellt, die Fragestellungen und Analysekonzepte werden also nicht a priori festgeschrieben, sondern aus dem authentischen Gesprächsmaterial heraus entwickelt und können im Untersuchungsverlauf modifiziert werden (vgl. ebd.: 19).

Die Gesprächsaufnahmen werden dabei zunächst in Form von Transkriptionen festgehalten, um sicherzustellen, dass mikrostrukturelle Eigenschaften, die aufgrund der Flüchtigkeit sprachlicher Interaktion sonst verloren gehen würden, erfasst werden können. Den Kern der Gesprächsanalyse bilden anschließend detaillierte Sequenzanalysen einzelner Gesprächsausschnitte, denen folgende Analysegesichtspunkte zugrunde liegen: (I) Paraphrase und Handlungsbeschreibung, (II) Äußerungsgestaltung und Formulierungsdynamik, (III) Timing, (IV) Kontextanalyse, (V) Folgeerwartungen, (VI) interaktive Konsequenzen von Äußerungen und (VII) Sequenzmuster und Makroprozesse (vgl. ebd.: 53 ff.). Je nach Fragestellung sind bestimmte Analysegesichtspunkte mehr oder weniger relevant und finden so dem übergeordneten Untersuchungsziel entsprechend Gebrauch.¹²

¹¹ Einen forschungsgeschichtlichen Überblick über die Gesprächsanalyse liefern Brinker und Sager (2006: 14 ff.). Zur Ethnomethodologie vgl. Garfinkel (1967) zur ethnomethodologischen Konversationsanalyse s. Sidnell/Stivers 2013.

¹² Für eine detaillierte Übersicht über die einzelnen Analyseschritte siehe Deppermann (2008: 55 ff.).

Unabhängig von der jeweiligen Fragestellung werden alle gesprächsanalytischen Auswertungen von bestimmten methodologischen Prämissen angeleitet. Hierzu zählt in erster Linie die Annahme, dass die Gesprächsteilnehmer einander grundsätzlich anzeigen, „welchen Sinn und welche Bedeutsamkeit sie ihren Äußerungen wechselseitig zuschreiben“ (ebd.: 50). Nur so können einzelne Handlungen koordiniert, Verständigung gesichert und die interaktiven Verfahren und kommunikativen Prinzipien im Rahmen der Untersuchung letztendlich auch aus einer Außenperspektive beurteilt werden. Die Gesprächsanalyse interessiert sich vor diesem Hintergrund für die oberflächlichen, prinzipiell wahrnehmbaren Merkmale und Aktivitäten, an denen sich die Interaktanten in der konkreten Interaktionssituation orientieren.

Diese sogenannte *display*-These wird von einer weiteren elementaren Annahme begleitet, die besagt, dass Redebeiträge immer in den Gesprächsprozess eingebunden sind. Gemäß ihrer zeitlichen Abfolge beziehen sich einzelne Äußerungen demnach einerseits auf den vorhergehenden Kontext, andererseits etablieren sie selbst wiederum einen neuen Kontext für nachfolgende Sprachhandlungen (vgl. ebd.: 49). Die individuellen Redebeiträge werden in diesem Zusammenhang stets „als *relationale Aktivitäten* untersucht, d.h. in Beziehung zu vorausgehenden und nachfolgenden Aktivitäten“ (ebd.: 54; Hervorh. im Original). Schließlich geht die Gesprächsanalyse davon aus, dass jedes unauffällige oder scheinbar unwichtige Detail, wie Verzögerungen, Pausen, Abbrüche oder Versprecher keineswegs zufällig auftritt, sondern einer bestimmten Systematik unterliegt und entsprechend Beachtung finden muss. Dieser Analyseprämisse des *order at all points* zufolge ist eine präzise und erschöpfende Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial unerlässlich, da jedes noch so unscheinbar anmutende Element das Interaktionsgeschehen potenziell beeinflusst (vgl. ebd.: 40).

6.2 Datenmaterial

Die Grundlage der Untersuchung bilden 15 psychotherapeutische Erstgespräche, die im Rahmen einer Forschungsk Kooperation zwischen dem Institut für Deutsche Sprache (IDS) in Mannheim und der Universitätskli-

nik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg zusammengetragen wurden (vgl. Marciniak et al. 2016: 1). Alle Interviews wurden nach dem erweiterten Manual der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik, der OPD-2, geführt und sind dementsprechend nicht auf die Therapie, sondern auf die Diagnosestellung fokussiert. Alle Teilnehmer wurden vor Beginn der Gespräche über die ethisch-rechtlichen Grundlagen aufgeklärt, insbesondere über den wissenschaftlichen Hintergrund und die spätere Verwendung der Aufzeichnungen. Dieser Umstand sollte jedoch keine Auswirkungen auf die Authentizität der Daten haben, da die Gespräche zwar eigens zu Forschungszwecken der OPD-Forschung, nicht aber zu den sprachwissenschaftlichen Forschungszwecken arrangiert wurden (vgl. Mack et al. 2016: 47 f.).

Gemäß ihrer Konzeption als Erstgespräche treffen Therapeut und Patient in der jeweiligen Gesprächskonstellation zum ersten Mal aufeinander, wobei weitere Behandlungen in derselben personellen Konstellation nicht vorgesehen sind (vgl. ebd.: 47).¹³ Unter den Gesprächsbeteiligten befinden sich dabei insgesamt fünf Therapeuten (vier Männer/eine Frau) und 15 Patienten (sieben Männer/acht Frauen), die neben somatischen Beschwerden alle unter schweren Depressionen leiden. Die Gesamtdauer der Gespräche beläuft sich auf 18 Stunden, 43 Minuten und 19 Sekunden, woraus sich eine durchschnittliche Gesprächsdauer von rund 75 Minuten ergibt. Die einzelnen Interviews dauern zwischen 56 und 100 Minuten.

Alle Gespräche wurden videoteknisch aufgezeichnet und im Institut für Deutsche Sprache (Mannheim) größtenteils transkribiert. Dabei handelt es sich um nach GAT-2 Konventionen erstellte Minimaltranskripte, die neben dem Wortlaut unterschiedliche Elemente, wie Ein- und Ausatmen, Pausen, paraverbale Handlungen (z.B. Lachen oder Husten) und Überlappungen enthalten.¹⁴ In allen Transkripten wurde das Kürzel ‚T‘ für die jeweiligen Therapeuten und ‚P‘ für die Patienten verwendet, wobei jedem Therapeuten darüber hinaus eine Nummer zugewiesen wurde. Aus diesem Vorgehen ergibt sich die Bezeichnung T1 bis T5 für die fünf unterschiedlichen Therapeuten, gefolgt von einer weiteren Zahl für die

¹³ Die Ergebnisse dieser Gespräche wurden aber den behandelnden Therapeuten mitgeteilt.

¹⁴ Eine Übersicht über die Transkriptionskonventionen findet sich im Anhang.

geführten Gespräche mit jeweils unterschiedlichen Patienten und einer dritten Ziffer für die hier untersuchten einzelnen Ausschnitte.

6.3 Methodisches Vorgehen

Im Rahmen verschiedener Vorgängerstudien (vgl. Bröcher 2017; Morick 2017; Oelschläger 2017) wurden alle Gespräche auf vorhandene lösungsorientierte Fragen hin durchsucht, wodurch sich insgesamt 27 lösungsorientierte Fragen identifizieren ließen, die auf zwölf¹⁵ der Gespräche verteilt sind. Für die vorliegende Untersuchung wurde auf Grundlage dieser Vorarbeiten zunächst die Einteilung der Patientenantworten vorgenommen. Die jeweiligen responsiven Handlungen wurden dabei dahingehend untersucht, ob und wie sich ein Patient den durch die Frage vorgegebenen strukturellen und inhaltlichen Einschränkungen widersetzt. Um den Grad des Widerstands systematisch erfassen zu können, wurden die Antworten in verschiedene Kategorien eingeteilt, die sich an den in Kapitel 5.2 vorgestellten Forschungsergebnissen von MacMartin (2008) und Kabatnik et al. (2019) orientieren. Hieraus ergaben sich vier *non-answer responses*, 14 *answer-like responses*, acht partiell konforme und lediglich eine präferierte Antwort. Da der Fokus dieser Untersuchung auf dem therapeutischen Umgang mit widerständigen Patientenantworten liegt, wurde Letztere nicht in die Analyse mit einbezogen, woraus sich ein Korpus aus insgesamt 26 lösungsorientierten Fragen ergibt.

Anschließend wurde eine Kollektion der Fragesequenzen erstellt, die den gesamten zum Verständnis notwendigen Kontext erfasst, also Vorlauf, lösungsorientierte Frage, Widerstandsreaktion der Patienten und Widerstandsmanagement des Therapeuten (erforderlichenfalls auch noch weitere Kontexte im Vor- und Nachfeld). Die einzelnen Fragesequenzen wurden zur besseren Übersichtlichkeit tabellarisch in ihrem sequenziellen Kontext dargestellt. Um die Therapeutenreaktionen besser vergleichen zu können, wurden die 26 Sequenzen hierbei hinsichtlich un-

¹⁵ In zwei der Gespräche, in denen sich keine lösungsorientierte Fragen finden ließen, wurden Lösungsthemen auf andere Weise angesprochen, z.B. als Spekulationen der Therapeuten oder auch von Patienten selbst. In einem weiteren Gespräch verzichtet der Therapeut aufgrund der schweren Traumatisierung der Patientin und der Einmaligkeit des Gesprächs generell auf stärker interventive Handlungen.

terschiedlicher Gesichtspunkte, wie sequenziell-kontextueller und formal-syntaktischer Aspekte charakterisiert, und es wurden, im Zentrum des Untersuchungsinteresses stehend, mögliche Funktionstypen therapeutischer Praktiken in dritter Sequenzposition herausgearbeitet. In einem mehrstufigen Analyseprozess wurden so sechs Typen therapeutischer Reaktionen herausgearbeitet, die im folgenden Kapitel vorgestellt werden.

7 Empirische Analyse therapeutischen Widerstandsmanagements

Im Folgenden wird für alle ermittelten Typen therapeutischen Widerstandsmanagements jeweils ein Fall detailliert sequenzanalytisch untersucht. Weitere Fälle werden dann nicht ausführlich analysiert, sondern hinsichtlich ihrer jeweils besonderen Merkmale dargestellt.

7.1 Expansionsinitiierende Reaktionen

Unter expansionsinitiierenden Reaktionen werden in dieser Untersuchung Äußerungen verstanden, die die widerständige Antwort indirekt ratifizieren, indem sie das Handlungsangebot des Patienten aus zweiter Sequenzposition annehmen und fortführen. Da die Patienten im Zuge ihrer widerständigen Antworten in der Regel jedoch von der *topical* und/oder *action agenda* der Lösungsorientierten Frage abweichen, wird die therapeutische Agenda aus erster Sequenzposition (vorübergehend) aufgehoben, um den patientenseitigen Relevanzen Raum zu gewähren. Der Patientenwiderstand wird damit im dritten Sequenzschritt weder als solcher thematisiert noch explizit eine nachträglich optimierte Antwort eingefordert. Die dispräferierten Antworten scheinen vielmehr therapeutisch relevantes Material zu liefern, sodass sie in Teilen aufgegriffen werden, um nähere Informationen über den jeweils vom Patienten thematisierten Sachverhalt zu erhalten und die fortlaufende Gesprächsprogression nicht zu unterbrechen. Muntigl und Zabala beschreiben therapeutische Expansionen vor diesem Hintergrund als „an activity that is oriented to getting the client to build on the response by elaborating, explaining, or simply adding to what was said“ (2008: 201). Die entsprechenden Sprachhandlungen sind damit lokal organisiert, stark an der Perspektive des Patienten orientiert und als Ergebnis der sequenziellen Abfolge des therapeutischen Gesprächs zu verstehen (vgl. ebd.: 189).

Strukturell betrachtet eröffnen expansionsinitiierende Reaktionen eine sogenannte Post-Sequenz oder Post-Expansion, die an die Lösungsorientierte Fragen-Sequenz als Kernaktivität anschließt:

What makes some stretch of talk a post-expansion is its occurrence after a second pair part of an adjacency pair while still being

part of the same sequence. Minimal post-expansions get their character from being designed to be possibly finished with a single turn following that second pair part. Non-minimal post-expansions are different in that the turn following that second pair part is itself a first pair part, and thereby projects at least one further turn – its responsive second pair part – and thereby its non-minimality (Schegloff 2007: 148 f.).

Während also minimale Post-Expansionen die jeweilige Lösungsorientierte Fragen-Sequenz in dritter Position abschließen, bilden therapeutische Reaktionen in nicht-minimaler Form selbst wiederum den ersten Teil einer neuen Paarsequenz. Prinzipiell, so Schegloff, sind präferierte Redebeiträge „sequence-closure-relevant, while dispreferred second pair parts are sequence-expansion-relevant“ (2007: 152). Unter strukturellen Gesichtspunkten ist eine Sequenz nach präferierten Paarteilen demnach in der Regel abgeschlossen, wohingegen es nach dispräferierten Antworten häufig zu erweiterten Post-Expansionen kommt. Vor diesem Hintergrund kann davon ausgegangen werden, dass ein Großteil der therapeutischen Reaktionen entsprechend der dispräferierten Natur der Patientenantworten primär als expandierte, nicht-minimale Post-Sequenzen realisiert wird.

Im Rahmen der empirischen Analyse wurden drei rekurrente Typen expansionsinitiierender Reaktionen ermittelt: interpretative Elaborationen, Expansionsanforderungen und Fokusverlagerungen. Diese werden im Folgenden zunächst hinsichtlich allgemeiner konstitutiver Merkmale beschrieben und anschließend anhand von Fallbeispielen näher charakterisiert.

7.1.1 Interpretative Elaboration

Anhand interpretativer Elaborationen führen Therapeuten einen eigenen, über die Patientenantwort hinausgehenden Gedankengang aus, indem sie auf etwas verweisen, das in der Vorgängeräußerung implizit mitkommuniziert wurde. Dabei etablieren sie beispielsweise einen Zusammenhang oder ziehen eine Schlussfolgerung in Bezug auf einzelne Teile der Antwort, die so mit einer anderen, grundlegenden Ebene (meist mit

bestimmten Verhaltensdispositionen des Patienten) verknüpft werden. In diesem Sinne handelt es sich um therapeutische Verstehensangebote, die den Widerstand auf konstruktive Art und Weise aufgreifen und formal als Interpretationen oder *relocating formulations* realisiert werden. In dem analysierten Korpus lassen sich drei solcher Fälle identifizieren, die als Reaktion auf jeweils eine partiell konforme Antwort, eine *answer-like* und eine *non-answer response* geäußert werden.

Ein erstes Beispiel zur Veranschaulichung ist folgender Ausschnitt, der aus einem Gespräch mit einem 21-jährigen Patienten stammt, der unter einer majoren Depression sowie einer generalisierten Angststörung und selbstunsicher-depressiven Persönlichkeitsstörung leidet (vgl. Mack et al. 2016: 47). Die nachfolgend analysierte Sequenz tritt für Lösungsorientierte Fragen bereits ungewöhnlich früh, nämlich bereits rund drei Minuten nach Gesprächsbeginn auf. Im Vorlauf des Ausschnitts schildert der Patient seine Sorgen und Ängste in Bezug auf seine berufliche Zukunft und erzählt, dass er angesichts seiner Erkrankung an der chronisch-rheumatischen Krankheit Morbus Bechterew befürchte, den beruflichen Anforderungen körperlich nicht gerecht werden zu können. Zudem fühle er sich von einer großen Angst und Unsicherheit geplagt, das Richtige für sich zu entdecken und diese Berufstätigkeit langfristig auszuüben. Der in diesem Zusammenhang zwei Mal nacheinander verwendete Ausdruck *s richtige* (Z. 120, 122) deutet dabei auf die erhöhte Relevanz des Redegegenstands für den Patienten und bildet den Anlass für den Therapeuten, die folgende Lösungsorientierte Frage zu stellen:

Beispiel 1: T3_1 (1)¹⁶

```
{03:25} 129 P ((räuspert sich)) ]
{03:26} 130 T3                wo w ]
{03:26} 131      (0.3)
{03:26} 132 T3 woran würden sie merken dass es das
                richtige is
{03:29} 133      (1.8)
```

¹⁶ Alle in der Untersuchung analysierten Gesprächsausschnitte sind im Anhang noch einmal gebündelt dargestellt.

{03:30} 134 P ich denk mal im großen und ganzen (.) ähm
{03:32} 135 (0.7)
{03:33} 136 P is es_s wichtigste für mich das der beruf
mir irgendwo spass macht un dass er mich
irgendwo [glücklich]macht wenn ich
[schon klar]dass kein beruf perfekt is un
dass auch °h alles seine ähm schattenseiten
hat irgendwo un nich alles spaß machen kann
aber [°h]
{03:37} 137 T3 [hmhm]
{03:38} 138 T3 [glücklich]
{03:44} 139 T3 [hm]hm
{03:45} 140 P im großen un ganzen (soll des/sollte das)
schon der fall sein
{03:47} 141 (0.2)
{03:47} 142 T3 hmhm
{03:47} 143 (1.1)

Mit seiner W-Frage (Z.132) knüpft der Therapeut unmittelbar an die Vorgängeräußerung des Patienten an und fordert ihn dazu auf, Indikatoren des Richtigen bezüglich seiner Berufswahl zu nennen. Anhand des substantivierten Adjektivs orientiert er sich dabei lexikalisch an der Patientendarstellung, sodass die Lösungsorientierte Frage als Frage mit *highlighting*-Funktion gedeutet werden kann, mit der „bestimmte Teile der vorangegangenen Äußerung nochmals zwecks einer genaueren Klärung ins Zentrum der Aufmerksamkeit“ (Mack et al. 2016: 57) gerückt werden. Die konjunktivische Formulierung *würden sie merken* (Z. 132) unterstreicht dabei den für Lösungsorientierte Fragen kennzeichnenden hypothetischen Charakter und setzt den Patienten durch die direkte Adressierung unter starken Zugzwang.

Nach einer 1,8-sekündigen Pause schließt dieser daraufhin mit einer *answer-like response* des Typs *refocusing* an, mit der er die Ausrichtung der Lösungsorientierten Frage leicht modifiziert, indem er sich eher auf persönliche Prioritäten anstatt auf Indikatoren des Richtigen bezieht (vgl.

ebd.: 78). So sei es ihm das Wichtigste, *dass der beruf mir irgendwo spass macht un dass er mich irgendwo [glücklich] macht* (Z. 136). Durch die Verwendung des Superlativs markiert er die hohe Relevanz der geäußerten Prioritäten, relativiert diese im Anschluss aber, indem er bemerkt, es sei ihm *[schon klar] dass kein beruf perfekt is un dass auch °h alles seine ähm schattenseiten hat irgendwo un nich alles spaß machen kann* (Z. 136). Auf diese Weise vermittelt er eine realistische, differenzierte Sichtweise, betont jedoch anhand der adversativen Konstruktion *aber [°h] im großen un ganzen (soll des/sollte das) schon der fall sein* (Z. 136-140) abschließend, dass dieser Zustand grundsätzlich seiner Wunschvorstellung entspricht. Die einleitende Subjektivierung (*ich denk mal* Z. 134) sowie die Verzögerungssignale (Pausen, *ähm* Z. 134, 136) und Vagheitsmarkierungen (*irgendwo* Z. 136, *im großen und ganzen* Z. 134, 140) indizieren dabei einen verminderten Grad an Gewissheit, was als Ausdruck seiner Unsicherheit gedeutet werden kann. Insgesamt trifft er damit zwar nicht genau den thematischen Punkt, zeigt sich jedoch prinzipiell kooperativ in Bezug auf die lösungsorientierte Frage, sodass die Antwort als äußerst milde Form des Widerstands zu interpretieren ist, die sich eng an der thematischen Ausrichtung der Frage orientiert.

Während der Antwort kommt es zu drei Überlappungen mit je zwei Ratifikationssignalen (Z. 137, 139) und einer lexikalischen Wiederholung (Z. 138) des Therapeuten. Derartige Hörersignale sind Ausdruck des sogenannten kooperativen Zuhörens, einer „fundamentale[n] therapeutische[n] Aktivität“ (Eisenmann 1995: 89), die sich aus der eingeschränkten Reziprozität der Interaktanten ergibt. Damit sind (verbale oder nonverbale) Signale gemeint, mit denen Therapeuten ihre Aufmerksamkeit und empathische Zuhörerschaft kommunizieren und dem Patienten vermitteln, „daß [sic!] dessen aktuelle Äußerung als Teil eines längeren, noch nicht vollständigen Redebeitrags verstanden wurde und man deshalb an dieser Stelle auf einen eigenen Redebeitrag verzichtet“ (Wolff/Meier 1995: 66). Insbesondere minimale Rückmeldepartikeln, wie *hmhm* oder *ja*, bilden neben Blickkontakt oder bestimmten Gesten (z.B. Kopfnicken) einen konstitutiven Bestandteil psychotherapeutischer Interaktion und fordern Patienten zur Expansion auf. Schegloff spricht in diesem Zusammenhang von *continuern*, deren primäre Funktion darin besteht

to exhibit on the part of its producer an understanding that an extended unit of talk is underway by another, and that it is not yet, or may not yet be (even ought not yet be), complete. It takes the stance that the speaker of that extended unit should continue talking, and in that continued talking should continue that extended unit. 'Uh huh', etc. exhibit this understanding, and take this stance, precisely by passing an opportunity to produce a full turn at talk (1982: 81).

Auch Muntigl und Zabala stellen im Rahmen ihrer Untersuchung zu fremdinitiierten Selbstexpansionen im psychotherapeutischen Gespräch fest, dass „[g]enerally, therapists most often used continuers as eliciting devices; and when these did not achieve expansion, more explicit or direct eliciting devices were used“ (2008: 221). In den analysierten Daten dieser Studie lässt sich eine solche Tendenz ebenfalls erkennen: In elf Fällen werden zunächst ein oder mehrere Rückmeldesignale in der Funktion von *continuern* geäußert, bevor Therapeuten das Rederecht ergreifen und expansions- oder reperaturinitiiierende Äußerungen produzieren.

Im vorliegenden Beispiel folgt eine kurze Pause sowie ein *continuer* vonseiten des Therapeuten, wodurch er dem Patienten die Möglichkeit verschafft, seinen Turn weiter auszubauen. Nach einer weiteren, rund einsekündigen Pause übernimmt der Therapeut in Zeile 144 schließlich mit folgendem Wortlaut das Rederecht:

{03:48} 144 T3 (das/es) klingt jetzt sehr vernünftig wenn
sie das so sagen
{03:50} 145 (1.1)
{03:51} 146 P h° (.) ja h°
{03:53} 147 (0.2)
{03:53} 148 T3 ja
{03:53} 149 (1.3)
{03:54} 150 T3 ist ja nichts (.) gegen einzuwenden aber
ich dachte grade so

{03:57} 151 (0.8)

{03:58} 152 T3 wenn die angst auf der einen seite g so
groß ist aber so (.) die

{03:60} 153 (0.6)

{04:01} 154 T3 die vernunft

{04:01} 155 (0.7)

{04:02} 156 T3 ja auch da mit reinspielt un

{04:03} 157 P (.) ja

{04:04} 158 T3 un

{04:04} 159 (0.4)

{04:04} 160 T3 °hh und des auch en spannungsfeld is (.)
also dass sie si[ch]

{04:07} 161 P
[hm] hm

{04:07} 162 (0.3)

{04:08} 163 T3 unsicher sind

{04:08} 164 (0.5)

{04:09} 165 T3 was sie_ch überhaupt wünschen dürfen

{04:10} 166 (0.2)

{04:10} 167 T3 oder trifft_s das nich

{04:11} 168 (0.5)

{04:12} 169 P doch (.) irgendwo schon ja

{04:13} 170 (0.7)

{04:14} 171 T3 °h (.) is das eigentlich ein altes gefühl
was sie schon länger kennen diese
unsicherheit oder (.) [war_s]ja

{04:17} 172 P [ja]

{04:18} 173 P hmhm (.) auch vor allem vor neuen
siduationen

Durch die interpretationseinleitende Formulierung (*das/es klingt* (Z. 144) sowie die subordinierte TCU *wenn sie das so sagen* (Z. 144) impliziert der Therapeut, dass seine folgende Deutung ihren Auslöser im unmittelbar vorhergehenden Turn hat und dementsprechend als patientenorientierte Folgeäußerung zu verstehen ist. Die steigende Intonation am Ende dieses metakommunikativen Kommentars sowie die darauffolgende Pause von 1.1 Sekunden lassen einen TRP entstehen, der den Patienten unter starken Zugzwang setzt, Stellung zu dieser Einschätzung zu beziehen. Dieser reagiert jedoch lediglich mit einer minimalen Zustimmung (*ja* Z. 146), so dass der Therapeut nach einer weiteren Pause die Zustimmungspartikel des Patienten wiederholt und in der darauffolgenden 1,3-sekündigen Stille eine abwartende Haltung einnimmt, bevor er schließlich mit der nächsten TCU fortfährt und erklärt, es sei *ja nichts* (.) *gegen einzuwenden* (Z. 150). Diese Legitimierung der Patientenäußerung wird durch den adversativen Konnektor *aber* der anschließenden TCU (*aber ich dachte grade so* Z. 150) relativiert. Es folgt ein komplexer Multi-Unit-Turn mit *re-locating*-Funktion, in der der Therapeut einen Zusammenhang zwischen der Angst und Vernunft des Patienten auf der einen, und seiner Unsicherheit auf der anderen Seite etabliert (Z. 152-165). Nach nahezu jeder TCU kommt es dabei zu einer kurzen Pause, was zu der insgesamt äußerst stockenden und zögerlichen Formulierungsdynamik der Äußerung beiträgt.

So fährt er nach 0.8 Sekunden mit der subordinierten TCU *wenn die angst auf der einen seite g so groß ist* (Z. 152) fort. Unmittelbar daraufhin setzt er zu der koordinierten TCU *aber so* (Z. 152) an, welche durch eine Mikropause kurz unterbrochen und dann mit *die* (Z. 152) minimal fortgesetzt wird, bevor es zu einer weiteren, rund 0.6-sekündigen Pause kommt. In Zeile 154 führt er die koordinierte TCU mit *die vernunft* syntaktisch fort, woraufhin eine weitere Stille folgt (Z. 155), die mit *ja auch da mit reinspielt un* (Z. 156) gefüllt wird und einen TRP entstehen lässt. Dies wird vom Patienten zum Anlass genommen, nach einer Mikropause ein Ratifikationssignal zu äußern und die therapeutische Ausführung zu bestätigen. Es kommt zu einer Wiederholung des Konnektors *und* (Z. 158) sowie einer weiteren Unterbrechung von 0.4 Sekunden, bevor der Therapeut den aus den Faktoren Angst und Vernunft entstehenden Zustand als *spannungsfeld* (Z. 160) bezeichnet und nach einer Mikropause durch den einleitenden, konklusiven Konnektor *also* zu einer weiteren TCU ansetzt:

also dass sie si[ch] (Z. 160). An dieser Stelle ratifiziert der Patient in partieller Überlappung mit dem fortlaufenden Therapeutenturn erneut (*[hm]hm* Z. 161), woraufhin eine weitere Pause entsteht und es kurzzeitig zu einer unklaren Verteilung des Rederechts kommt. Das Rederecht wird jedoch vom Therapeuten behalten, da er seinen unvollständigen Turn syntaktisch mit *unsicher sind* (Z. 163) fortsetzt und nach einer weiteren Pause mit der subordinierten TCU *was sie_ch überhaupt wünschen dürfen* (Z. 165) vervollständigt. Der steigende Intonationsverlauf lässt hierbei auf eine Deklarativsatz-Frage schließen, die nach einer letzten Unterbrechung anhand der durch die Konjunktion *oder* eingeleiteten Alternativfrage *trifft_s das nich* (Z. 167) retrospektiv als solche konstituiert wird (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 50). Auf diese Weise reduziert der Therapeut den Behauptungscharakter des vorangehenden Konsekutivsatzes und schafft somit eine neutralere Basis, welche eine unvoreingenommene, unabhängige Antwort seitens des Patienten fördert.

Die therapeutische Äußerung fungiert vor diesem Hintergrund als Deklarativsatz -Frage mit Explikationscharakter und dokumentiert „ein tiefergehendes Verständnis von (Teilen der) referierten Patientenäußerung(en), mit dem der Arzt Implikationen des vom Patienten Geäußerten expliziert bzw. von ihm wahrgenommene Implikationen zu explizieren glaubt“ (ebd.: 65). Der Therapeut führt dabei einen auf der Patientendarstellung basierenden, jedoch über diesen hinausgehenden, eigenen Gedankengang aus, indem er die Unsicherheit als mögliche Folge aus dem ambivalenten Spannungsverhältnis zwischen der Angst und der Vernunft des Patienten anführt. Damit leistet er nicht nur Interpretationsarbeit, sondern setzt zudem einen Schlussfolgerungs- und Abstraktionsprozess in Gang, durch den er sich auf eine übergeordnete epistemisch-kognitive Ebene begibt und grundlegende Zusammenhänge abzusichern sucht.

Es folgt eine Pause, die einen TRP entstehen lässt und den Patienten zusammen mit dem durch die Alternativfrage etablierten Aufforderungscharakter unter Druck setzen, Stellung zu der therapeutischen Explikations-Deklarativsatzfrage zu beziehen. Gemäß der syntaktischen Struktur der abschließenden V1-Frage wird der Antwortspielraum des Patienten jedoch auf *ja* oder *nein* eingeschränkt, sodass es in Zeile 169 lediglich zu einer minimalen Zustimmung in Form der Partikel *doch* kommt. Diese wird allerdings nach einer Mikropause mit *irgendwo schon ja* (Z. 169)

nachträglich relativiert, wodurch eine eher geringe *epistemic stance* bezüglich des Redegegenstands vermittelt wird. Die daraufhin entstehende Pause von 0.7 Sekunden lässt vermuten, dass der Patient seinen Turn nicht zu elaborieren intendiert, sodass der Therapeut erneut das Rede-recht übernimmt und die Unsicherheitsthematik fortführt. Auch in den anderen beiden Ausschnitten zu diesem Typus von therapeutischem Widerstandsmanagement kommt es in vierter Position zu keiner elaborierten Stellungnahme bezüglich der therapeutischen Deutung, sondern lediglich zu minimalen Zustimmungen. Darauf reagieren die Therapeuten mit jeweils einem Fokus- und einem Themenwechsel und schließen die Lösungsorientierte Fragen-Sequenz somit strukturell als auch inhaltlich ab.

Eine weitere Besonderheit der therapeutischen Reaktionen dieses Typus besteht darin, dass sie zum Teil mit einem kritischen Unterton produziert werden, wodurch spezifische, vom Patienten dargelegte Sichtweisen oder Wahrnehmungen implizit hinterfragt werden. Da es sich dabei stets um Vermutungen bzw. subjektive Einschätzungen der Therapeuten handelt, werden die jeweiligen Äußerungen in der Regel mit unterschiedlichen sprachlichen Mitteln modalisiert, um den Behauptungscharakter abzuschwächen. Hierzu zählen beispielsweise Modalpartikeln (z.B. *ja*), Satzadverbien (z.B. *vielleicht*), Subjektivierungsformulierungen (z.B. *ich denke*) oder konjunktivische Formulierungen, wodurch ein reduzierter Grad an Gewissheit vermittelt und auf epistemische Autorität verzichtet wird. In den Ausführungen zur OPD ist in diesem Zusammenhang von „*diagnostischen Probedeutungen*“ (Arbeitskreis OPD 2014: 291; Hervorh. im Original) die Rede, die angesichts des ungesicherten therapeutischen Rahmens sehr zurückhaltend und umsichtig formuliert werden müssen, „um den Patienten nicht zu destabilisieren“ (ebd.) und die therapeutische Allianz herzustellen bzw. aufrechtzuerhalten. Ihre Funktion besteht demnach einerseits darin, ein vertieftes Verständnis unbewusster Prozesse und Strukturen zu generieren und andererseits die Einsichtsfähigkeit und Behandlungsmotivation des Patienten zu stärken.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der äußerst subtile Widerstand des Patienten in dem vorgestellten Beispiel auf konstruktive Art und Weise aufgegriffen wird, indem der Therapeut einen tiefgehenden

Gedanken hinsichtlich der Darstellung aus zweiter Sequenzposition kommuniziert, welcher zu verstehen ist als „Angebot, gemeinsam die Suche nach einem grundlegenden Verständnis aufzunehmen“ (Spranz-Fogasy 2010: 76). Insofern schließt er zwar an die Äußerung aus zweiter Position an, zeigt dem Patienten aber gleichzeitig etwas Neues auf, sodass sich hierbei von einer impliziten Modifikation der Agenda des Patienten sprechen lässt (vgl. Peräkylä 2011: 296). Der Widerstand rückt in diesem Zusammenhang in den Hintergrund, insofern „the analyst shows or proposes something new from the patient’s experience – a layer, dimension, or aspect of the patient’s experience that was not included in the patient’s elaboration“ (ebd.). Mit solchen Abstraktionen, Schlussfolgerungen oder alternativen Verstehensangeboten gehen Therapeuten demnach über die resistente Patientendarstellung hinaus und befördern implizite, potenziell therapeutisch relevante Bedeutungen an die sprachliche Oberfläche.

7.1.2 Expansionsanforderung

Eine zweite Art des therapeutischen Umgangs mit widerständigen Patientenantworten sind Expansionsanforderungen. Hierbei handelt es sich um Expansionsinitiierungen im klassischen Sinne, die meist in Form von interrogativen Äußerungen realisiert werden und direkt an einen Aspekt der Patientenantwort anschließen. Anders als bei interpretativen Elaborationen übermittelt der Therapeut dabei kein eigenes Gedankengut. Ebenso wenig wird die Agenda der lösungsorientierten Frage aus erster Sequenzposition weiterverfolgt oder der kommunikative Widerstand aus zweiter Position fokussiert. Vielmehr scheint der Patient trotz seiner widerständigen Antwort therapeutisch relevantes Material zu liefern, bezüglich dessen in dritter Position präzisere oder konkretere Informationen eingefordert werden. Insofern enthalten Expansionsanforderungen stets eine kritische Komponente, da sie einen bestimmten Teil der Vorgängeräußerung indirekt als unzureichend informativ qualifizieren.

In insgesamt fünf der analysierten Gesprächssequenzen kommt es zu solchen Expansionsanforderungen, die jeweils auf drei partiell konforme Antworten und zwei *answer-like responses* erfolgen. Realisiert werden die therapeutischen Fragehandlungen dabei meist durch Äußerungen, in

denen das Sprachmaterial des Patienten aus zweiter Position explizit wiederverwendet wird. In diesem Sinne wird „ein Element aus der Vorgängeräußerung des Patienten besonders heraus[gehoben] und [...] so zum Gegenstand einer punktuell vertieften therapeutischen Explorationsarbeit [gemacht]“ (Mack et al. 2016: 60). Durch eine solche Orientierung am lexikalischen Material des Patienten werden dessen Perspektive und Relevanzsetzungen im Wesentlichen übernommen, sodass die therapeutischen Reaktionen aus dieser Kategorie ebenfalls einen starken Bezug zur zweiten Sequenzposition aufweisen und keinen ersichtlichen Bezug zur Lösungsorientierten Frage aus erster Position erkennen lassen.

Besonders eindrücklich zeigt sich dies in T4_2 (2). Im Vorlauf des Gesprächsausschnitts berichtet der Patient, welcher unter Antriebslosigkeit leidet, über den Tod seiner Zwillingsschwester noch im Mutterleib, der ihn in seiner Kindheit schwer belastete und mit dem er sich seit der Therapie wieder intensiver beschäftigt. In diesem Zusammenhang erzählt er von Schuldgefühlen, die ihn in Bezug auf ihren Tod geplagt und emotional belastet hätten. Der Therapeut äußert daraufhin einen elaborierten Zusage, indem er sich in die Perspektive des Patienten versetzt und empathisch beteuert, da wünsche *man sich halt jemand ne dass jemand (.) irgendwie auch (1.2) irgend_ne art von verbundenheit oder stetichkeit gäbe oder n menschen (mit dem) des so is ne* (Z. 618-623). Der Patient ratifiziert und führt die durch Wortfindungsprobleme gestörte Therapeuteschilderung anhand einer Fremdreparatur fort: *((schmatzt)) n gegenstück einfach* (Z. 624). Anschließend kommt es zu mehreren, durch kurze Pausen unterbrochenen, von den Interaktanten abwechselnd geäußerten Ratifikationssignalen, sodass das Gespräch ins Stocken gerät und schließlich eine lange Gesprächspause von nahezu 10 Sekunden entsteht. Da der Patient kein Anzeichen einer Turnerweiterung zu erkennen gibt, ergreift der Therapeut im Anschluss erneut das Wort, lenkt den thematischen Fokus auf die aktuelle, *erste stationäre psychotherapie* (Z. 640) des Patienten und etabliert damit ein neues Gesprächsthema. Gleichzeitig schafft er dadurch die Grundlage für die nun folgende Lösungsorientierte Frage, durch die er eine zukunftsorientierte Perspektive einnimmt und die Therapieaussicht fokussiert:

Beispiel 2: T4_2 (2)

{01:03:33} 645 (0.3)
{01:03:34} 646 T4 °h
{01:03:34} 647 (1.9)
{01:03:36} 648 T4 un_wie soll_s weitergehn
{01:03:37} 649 (0.2)
{01:03:38} 650 P h°
{01:03:38} 651 T4 psychotherapeutisch (ham sie da) ne idee

Unmittelbar vor der Lösungsorientierten Frage kommt es erneut zu einer auffallend langen Stille von insgesamt über zwei Sekunden (Z. 645-647). Es kann angenommen werden, dass der Therapeut hierdurch zunächst eine abwartende Haltung einnimmt und dem Patienten die Möglichkeit gewährt, eigene inhaltliche Relevanzen in Bezug auf das neu eingeleitete Thema zu setzen. Da dieser das Rederecht jedoch nicht übernimmt, startet der Therapeut seinen Turn und zeigt mit dem Fortsetzungsindikator *und* (Z. 648) an, dass die nun folgende Frage thematisch an den Vorlauf anknüpft. Die Lösungsorientierte Frage besteht dabei aus zwei Teilen und ist zunächst in Form einer W-Frage sehr vage und offengehalten: *un_wie soll_s weiter gehen* (Z. 648). Dieser Unterspezifizierung wirkt der Therapeut nach einer kurzen Pause anschließend entgegen, indem er den thematischen Rahmen der Frage eingrenzt (*psychotherapeutisch* Z. 651) und den Patienten damit zu einer Beschreibung seiner Vorstellung in Bezug auf den weiteren Therapieverlauf animiert. Um den Aufforderungscharakter zusätzlich zu verstärken, formuliert er unmittelbar im Anschluss eine V1-Frage, mit der die pragmatische Erwartung einer patientenseitigen Folgeäußerung durch die direkte Adressierung (Z. 651) erhöht wird. Anhand des abstrakten Lexems *idee* (Z. 651) signalisiert er jedoch gleichzeitig, dass er keinen elaborierten Lösungsansatz erwartet und entlastet den Patienten damit in gewisser Weise (vgl. Oelschläger 2017: 46).

{01:03:40} 652 (1.9)

{01:03:42} 653 P h° °h ja also

{01:03:44} 654 (0.6)

{01:03:44} 655 P ich denk auf jeden fall

{01:03:46} 656 (0.3)

{01:03:46} 657 P dass es ambulant weitergehn h°

{01:03:48} 658 (0.4)

{01:03:49} 659 P sollte für ne gewisse zeit

{01:03:50} 660 (0.4)

{01:03:51} 661 P °hhh

{01:03:52} 662 T4 hmhm

{01:03:52} 663 (2.1)

{01:03:54} 664 P ((Ausatmen, 1.8 Sek.))

{01:03:56} 665 (0.7)

{01:03:57} 666 P ((schmatzt)) ja es is halt jetzt auch
noch die frage wie (.) inwieweit sich

{01:04:00} 667 (0.4)

{01:04:01} 668 P i[n der zeit]wo ich noch hier bin (.)
was sich da tut u[nd]

{01:04:01} 669 T4 [hmhm]

{01:04:04} 670 T4
[hm] hm

{01:04:04} 671 (1.1)

{01:04:05} 672 P ja was wird (nachher) vielleicht noch
rauskommen [h° wie] ich damit umgeh
also einfach wie sich (.) die sache
[entwickelt

{01:04:08} 673 T4
[hmhm]

{01:04:10} 674 [((Hintergrundgeräusch))

{01:04:11} 675 T4 hmhm
{01:04:12} 676 (0.4)
{01:04:12} 677 P es is no[ch
{01:04:13} 678 T4 [((Hintergrundgeräsch))]
{01:04:15} 679 P das is]für
mich (.) nich ganz (.) schlüssig weil
ich nich weiß wo ich stehe und °hhh
{01:04:20} 680 (0.6)
{01:04:21} 681 T4 hmhm
{01:04:21} 682 (1.3)
{01:04:22} 683 P ja alles zu ordnen is (.) hh° für mich
einfach schwierig
{01:04:26} 684 (0.6)
{01:04:27} 685 T4 hmhm
{01:04:27} 686 P weil mir teilweise auch (.) immer noch
der
{01:04:30} 687 (2.1)
{01:04:32} 688 P zugang (.) also zu meiner emotionalen
ebene
{01:04:35} 689 (0.4)
{01:04:35} 690 P teilweise echt noch
{01:04:36} 691 (0.3)
{01:04:36} 692 P ziemlich verschlossen is teilweise auch
wieder da is und ziemlich
{01:04:39} 693 (0.2)
{01:04:40} 694 P krass wieder da is

Nach einer merklichen Pause von nahezu zwei Sekunden kommt der Patient dem Handlungsauftrag nach und formuliert eine ambulante Behandlung als vorläufige Zukunftsvision. Dabei kombiniert er beide Teile der Lösungsorientierten Frage, indem er sich einerseits lexikalisch an der

W-Frage orientiert und andererseits die durch das abstrakte Lexem *idee* inhaltlich vorgegebene, konditionelle Relevanz der V1-Frage hinsichtlich einer groben Zukunftsvorstellung erfüllt. Die einleitende Partikelkombination *ja also* (Z. 653) signalisiert, dass ein ausführlicher Turn folgen wird und er in der darauffolgenden Pause das Rederecht behalten möchte. So modalisiert er seine Äußerung in Zeile 655 anschließend durch die Subjektivierungsformulierung *ich denk auf jeden fall* und bezieht sich damit auf seine eigene, persönliche Meinung, drückt durch den Intensivierungsmarker jedoch gleichzeitig die besondere Gewissheit bezüglich des nachfolgenden Konsekutivsatzes aus, welcher nach einer weiteren Pause folgt. Dabei führt er seinen Turn syntaktisch fort und berichtet, *dass es ambulantly weitergehn h° (0.4) sollte für ne gewisse zeit* (Z. 657-659). Die pragmatische Erwartung der Lösungsorientierten Frage wird durch diese lösungsorientierte Darstellung prinzipiell erfüllt, wenngleich der Turn durch mehrere Pausen sowie hörbares Ein- und Ausatmen wiederkehrend unterbrochen und dadurch relativ zögerlich formuliert wird. Zudem weicht er der thematischen Agenda im Rahmen einer elaborierten Expansion daraufhin immer weiter aus, sodass die Antwort insgesamt als partiell konform gewertet werden kann.

Nach dem inhaltlich präferierten Beitrag entstehen eine weitere Pause sowie ein hörbares Einatmen des Patienten, welches eine Fortführung seines Turns vermuten lässt. Der Therapeut äußert in Zeile 662 lediglich eine Rückmeldepartikel und nimmt in der darauffolgenden Pause von 2.1 Sekunden eine abwartende Haltung ein. Tatsächlich fährt der Patient nach einem weiteren Ausatmen von 1.8 Sekunden und einer erneuten Pause anschließend fort, es sei *halt jetzt auch noch die frage wie (.) inwie weit sich (0.4) i[n der zeit] wo ich noch hier bin (.) was sich da tut u[nd]* (Z. 666-668). Demnach sieht er seine psychotherapeutische Zukunft abhängig vom weiteren Verlauf der Therapie, zeigt sich jedoch auf formulierungsdynamischer Ebene durch die Pausen und den zweimaligen Satzabbruch äußerst unsicher. Die abgebrochene TCU in Zeile 666 wird zusammen mit der folgenden Mikropause, dem Neustart, sowie der anschließenden Pause von 0.4 Sekunden vom Therapeuten zum Anlass genommen, ein empathisches Rückmeldesignal in Form eines *continuers* zu verbalisieren, um den Patienten zur Weiterrede zu animieren. Ein weiterer

continuer wird anschließend in partieller Überlappung mit der kopulativen Konjunktion *und* der Patientenschilderung geäußert, die als Anzeichen dafür zu deuten ist, dass der Patient seinen Turn noch nicht abgeschlossen hat und das Rederecht weiterhin für sich beansprucht.

So führt er nach einer rund einsekündigen Pause seinen vorherigen Turn anschließend syntaktisch fort, wobei er sich weiterhin unsicher in Bezug darauf zeigt, was (*nachher*) *vielleicht noch rauskommen* (Z. 672) wird und wie er damit umgehe, *also einfach wie sich* (.) *die sache [entwickelt* (Z. 672). Dabei kommt es erneut zu empathischen Rückmeldesignalen des Therapeuten (Z. 673, 675), sodass der Patient seinen Turn nach einer kurzen Pause fortsetzt und erklärt, er könne den eigenen Stand der Therapie momentan nicht abschätzen und wisse nicht *wo ich stehe und °hhh* (Z. 679). Der Fortsetzungsindikator *und* sowie das deutlich hörbare Einatmen zeigen an dieser Stelle wiederholt an, dass er sich im Formulierungsprozess befindet und das Rederecht behalten möchte. So kommt es auch infolge der anschließenden Pause zu keiner Turnübernahme vonseiten des Therapeuten, der lediglich einen *continuer* verbalisiert (Z. 681) und damit einen weiteren Redebeitrag des Patienten in Erwartung stellt.

Die daraufhin entstehende, deutlich wahrnehmbare Pause von 1.3 Sekunden wird erneut vom Patienten gefüllt, wobei er resümierend festhält, *ja alles zu ordnen is* (.) *hh° für mich einfach schwierig* (Z. 683). Es entsteht eine weitere Stille, woraufhin der Therapeut abermals ratifiziert und der Patient erklärend fortfährt, *weil mir teilweise auch* (.) *immer noch der (2.1) zugang* (.) *also zu meiner emotionalen ebene (0.4) teilweise echt noch (0.3) ziemlich verschlossen is* (Z. 686-692). Auf syntaktischer Ebene ist hierbei die Formulierung im Passiv zu erwähnen, innerhalb derer sich der Patient in einer erleidenden thematischen Rolle darstellt und damit impliziert, dass er keinen direkten Einfluss auf seine Emotionen hat. Diese eingeschränkte Handlungsfähigkeit manifestiert sich zudem in einer zaghaften und stockenden Formulierungsqualität.

So kommt es innerhalb seiner TCU zu mehreren, teilweise deutlich merklichen Pausen, die auf Formulierungsschwierigkeiten und eine entsprechende Unsicherheit des Patienten zurückzuführen sind. Besonders markant ist die rund zweisekündige Unterbrechung in Zeile 687, die möglicherweise mit einer Wortfindungsstörung zusammenhängt, dabei jedenfalls aufgrund der unvollendeten syntaktischen Struktur indiziert,

dass er sich im Formulierungsprozess befindet und seinen Turn noch nicht abgeschlossen hat. Tatsächlich wird im Anschluss das erforderliche Subjekt *Zugang* produziert, woraufhin es zu einer weiteren Mikropause kommt, die von einer durch den Reparaturmarker *also* eingeleiteten selbstinitiierten Reparatur gefolgt wird und so die Produktion des obligatorischen Verbs verzögert. In diesem Zusammenhang wird die Satzstruktur vom Anfang der TCU (*teilweise auch (.) immer noch* Z. 686) mit lexikalischer Variation wiederaufgenommen (*teilweise echt noch* Z. 690) und die projizierte Phrase nach einer weiteren Pause durch das Gradadverbial *ziemlich* und den Verbkomplex *verschlossen is* (Z. 692) schließlich vervollständigt.

Ohne Unterbrechung führt er seinen Turn syntaktisch fort: *teilweise auch wieder da is und ziemlich (0.2) krass wieder da is* (Z. 692-694). Die kurze Stille nach dem Gradadverbial *ziemlich* kann dabei als Hervorhebungspause gewertet werden (vgl. Meise 1996: 51) und dient zusammen mit der Extremformulierung *krass wieder da* (Z. 694) sowie der Partikeln *echt* (Z. 690) und *ziemlich* (Z. 692) der Intensivierung und Relevanzhochstufung des Redegegenstands. Insgesamt beschränkt sich der Patient in seiner Antwort also nicht auf die durch die Lösungsorientierte Frage etablierte Agenda, sondern liefert mehrere, potenziell therapeutisch relevante Aspekte, die vom Therapeuten fortlaufend gedeutet und selektiert werden (müssen). Ein solch retrospektiv modifizierter Frageskopos findet sich in dem analysierten Korpus äußerst häufig. Dadurch widersetzen sich Patienten den durch die Fragen vorgegebenen thematischen und handlungsorganisatorischen Agenden auf subtile Art und Weise, und „verändern [...] den Frageskopos, sie erweitern oder schränken ihn ein, präzisieren oder korrigieren ihn, sie beziehen zusätzlich noch Aspekte zurückliegender Beiträge ein oder weisen implizite Kritik zurück usw.“ (Spranz-Fogasy 2010: 83). Solche Frageerweiterungen oder -variationen dokumentieren einerseits „ein Verständnis von Präsuppositionen, von erwartbaren Folgefragen oder von ärztlichen Relevanzstrukturen“ (ebd.) und agieren andererseits proaktiv, indem sie die nachfolgenden Therapeutenturns thematisch sowie handlungsorganisatorisch vorstrukturieren und dem erfragten Redegegenstand aus erster Sequenzposition somit latent ausweichen.

{01:04:41} 695 T4 (.) hmhm
{01:04:41} 696 P ((Einatmen, 1.3 Sek.))
{01:04:43} 697 (1.0)
{01:04:44} 698 P ja und ic[h bin
{01:04:44} 699 T4 [((Einatmen, 1.3 Sek.)) und wie
macht sich der zugang bemerkbar
{01:04:48} 700 (1.8)
{01:04:50} 701 T4 hhh°
{01:04:51} 702 (0.3)
{01:04:51} 703 T4 ((schluckt)) h°
{01:04:53} 704 (1.1)
{01:04:54} 705 T4 wenn sie sagen der is krass wieder da h°
((schluckt))
{01:04:57} 706 (2.6)
{01:04:60} 707 T4 hh°
{01:05:00} 708 P ja ich (.) hm ich habs gefühl dass ich
die letzten paar jahre einfach
{01:05:04} 709 (0.4)
{01:05:05} 710 P so n bisschen
{01:05:06} 711 (1.2)
{01:05:07} 712 P °h
{01:05:07} 713 (0.6)
{01:05:08} 714 P ich sags mal so platt n klotzdasein
{01:05:10} 715 (2.0)
{01:05:12} 716 P da war also so ziemlich (.) also
{01:05:14} 717 T4 hmhm
{01:05:15} 718 (0.6)
{01:05:15} 719 P ich bin (.) n mensch der viel nachdenkt
(.) aber ähm h°

{01:05:18} 720 (0.2)

{01:05:19} 721 P ich (.) überwiegend über die rationale

{01:05:21} 722 (0.2)

{01:05:21} 723 P ebene in meim kopf halt

{01:05:23} 724 T4 hmhm

Es entsteht ein TRP, woraufhin der Therapeut ein erneutes Rückmelde-signal äußert (Z. 695). Das anschließende 1,3-sekündige Einatmen des Patienten lässt eine entsprechende Turnerweiterung vermuten. Wider Er-warten folgt jedoch eine weitere, deutlich merkliche Pause von über ei-ner Sekunde, wodurch ein Sprecherwechsel ermöglicht wird. In diesem Kontext kommt es zu einer partiellen Überlappung, bei der der Therapeut durch langes, hörbares Einatmen zu einer Turnübernahme ansetzt (Z. 699), während der Patient anhand des Fortsetzungssignals *ja und* (Z. 698) ebenfalls das Wort ergreift und zeitgleich mit dem Therapeuten fortfährt, *ic[h bin]* (Z. 698). Der Patient bricht seinen Turn daraufhin ab und über-lässt damit dem Therapeuten das Rederecht.

Dieser beginnt seinen Turn ebenso mit dem Fortsetzungsindikator *und* (Z. 699) und signalisiert damit, dass er an die Vorgängeräußerung des Pa-tienten anknüpft. In Form einer W-Frage mit *highlighting*-Funktion geht er dabei näher auf den vom Patienten relevant gesetzten Aspekt des Zu-gangs zu seiner emotionalen Ebene ein und fragt intervenierend nach: *und wie macht sich der zugang bemerkbar* (Z. 699). Dadurch knüpft er an den letzten Teil der Patientenäußerung an, orientiert sich stark an der Perspektive des Patienten und impliziert gleichzeitig ein Verständnisprob-lem hinsichtlich der genauen Äußerung des Zugangs. Entsprechend dem allgemeinen Charakter von W-Fragen als Ergänzungsfragen (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 78) setzt er in sequenzstruktureller Hinsicht darüber hinaus eine umfangreiche Antwort konditionell relevant.

Daraufhin entsteht eine lange Pause von nahezu zwei Sekunden, ein Ausatmen des Therapeuten, eine weitere Pause, sowie Schluckgeräusche und erneute Pause, sodass es zu einer Stille von insgesamt über drei Se-kunden kommt. Dieses Ausbleiben einer unmittelbaren Antwort lässt For-mulierungsschwierigkeiten des Patienten vermuten, sodass der Thera-peut mit der subordinierten TCU *wenn sie sagen der is krass wieder da h°*

((*schluckt*)) (Z. 705) anschließt. Auf diese Weise zeigt er ihm im Sinne einer Referenzklärung nachträglich den Bezug der Frage auf und versucht ihn so in der Bewältigung seiner Formulierungsprobleme zu unterstützen. Gleichzeitig rechtfertigt er dadurch seine vorhergehende TCU als logische Folgerung aus der Patientendarstellung. Anhand der metakommunikativen Phrase *wenn sie sagen* (Z. 705) sowie dem *recyclten* Sprachmaterial des Patienten (*krass wieder da* Z. 705) impliziert er dabei, dass er sich auf die vorhergehende Äußerung bezieht und sich somit stark an der Perspektive des Patienten orientiert. Der Fokusakzent auf dem Adjektiv *krass* dient darüber hinaus als prosodische Informationsquelle für den semantisch-pragmatischen Referenzbezug der Äußerung.

Auch in diesem Beispiel wird der subtile Widerstand demnach konstruktiv aufgegriffen, indem das Sprachmaterial des Patienten wiederverwendet und durch die W-Frage ein Informationsmangel bezüglich eines bestimmten Teils der Vorgängeräußerung impliziert wird. Muntigl und Zabala stellen ebenfalls fest, dass W-Fragen – insbesondere das Fragepronomen *was* – als *specific expansion elicitors* infolge widerständiger Patientenantworten verwendet werden, um präzisere Informationen bezüglich des aktuell unterspezifizierten Redegegenstands einzufordern (vgl. 2008: 214). Die expansionsinitiierende Therapeutenäußerung weist somit keinen Bezug mehr zur Lösungsorientierten Frage aus erster Position auf, sondern schließt strukturell sowie inhaltlich an die Patientenantwort an, greift einen spezifischen Aspekt daraus auf und fokussiert ihn zur Bearbeitung im weiteren Verlauf. Im Anschluss an die Sequenz verstreichen lange 2.6 Sekunden, bevor der Patient das Rederecht schließlich übernimmt, dabei jedoch lediglich rückblickend auf seine überwiegend rationale Verhaltensdisposition eingeht, anstatt konkrete Informationen über die erfragte Äußerung des Zugangs zu liefern und seine widerständige Haltung somit beibehält.

Neben W-Fragen mit *highlighting*-Funktion konnten Paraphrasierungen von Teilen der Patientenantwort als weitere Form der Expansionsanforderung identifiziert werden. Hierbei wird ebenfalls ein spezifischer Aspekt der Vorgängeräußerung in den Fokus gerückt, der in der Folge näher exploriert werden soll. Ein Beispiel zur Verdeutlichung findet sich in T2_2 (1):

Beispiel 3: T2_2 (1)

{00:28:15} 1363 T2 gibt es möglichkeiten wie sie für sich selbst sorgen können

{00:28:18} 1364 (0.2)

{00:28:18} 1365 T2 für sich selbst was gutes tun können

{00:28:20} 1366 (1.8)

{00:28:22} 1367 P also im moment hab ich einfach auch noch keine °h [ich hab] früher seidenmalerei gemacht oder da in der kur hab ich sehr sehr spät mit schmuckstücke

{00:28:24} 1368 T2 [hmhm]

{00:28:28} 1369 T2 hmhm

{00:28:29} 1370 P (.) zu basteln angefangen weil am anfang ich hatte den nerv einfach net da [zu]°hh ja und [ss]

{00:28:33} 1371 T2 [hmhm]

{00:28:35} 1372 T2 [hmhm]

{00:28:35} 1373 (1.0)

{00:28:36} 1374 P im moment ja familie mehr isses net

{00:28:38} 1375 T2 hmhm

{00:28:39} 1376 P erscht mal kucke dass es dene gut [geht]und des weiß ich dass ich das auch umstellen muss

{00:28:40} 1377 T2 [hmhm]

{00:28:43} 1378 T2 hmhm

{00:28:44} 1379 (1.0)

{00:28:45} 1380 P weil ich war ja jahrelang niemand und nichts

In diesem Ausschnitt wird die Patientin im Zuge der Lösungsorientierten Frage aufgefordert, Möglichkeiten der Selbstfürsorge aufzuzählen. Diese

nimmt in ihrer Antwort jedoch keine zukunftsorientierte Perspektive ein, sondern setzt zunächst zu einer *non-answer response* an, die sie dann aber vorzeitig zugunsten einer retrospektiv gerichteten *answer-like response* des Typs *refocusing* abbricht und erzählt, sie habe früher Seidenmalerei gemacht und Schmuckstücke angefertigt, müsse ihre eigenen Bedürfnisse momentan jedoch für ihre Familie in den Hintergrund stellen. Als Erklärung hierfür fügt sie abschließend hinzu, dass sie jahrelang ein *niemand und nichts* (Z. 1380) war. Auf diese Weise weicht sie der thematischen und handlungsspezifischen Agenda der Frage aus und beantwortet die lösungsorientierte Frage nur indirekt, schafft es jedoch nicht, eine zukunftsgerichtete Lösung zu formulieren.

{00:28:47} 1381 T2 hmhm
 {00:28:47} 1382 (0.9)
 {00:28:48} 1383 T2 hmhm
 {00:28:49} 1384 (0.5)
 {00:28:49} 1385 T2 also sch
 {00:28:49} 1386 (0.2)
 {00:28:50} 1387 T2 schmuck ham sie gemacht in der klinik
 {00:28:52} 1388 (0.3)
 {00:28:52} 1389 P ja
 {00:28:52} 1390 (0.5)
 {00:28:53} 1391 T2 in der gestaltungstherapie dann oder
 {00:28:54} 1392 P in der freizeit

Der Therapeut nimmt daraufhin zunächst eine abwartende Haltung ein und versucht die Patientin anhand von zwei *continuern* zu einer Elaboration ihrer teilresponsiven Antwort anzuregen. Haben *continuer* keine solch erwünschte Expansion zur Folge, so greifen Therapeuten laut Muntigl und Zabala auf diverse Elizitierungspraktiken zurück, wie nachträglich formulierte Versionen der Frage, *general* oder *specific expansion elicitors* (vgl. 2008: 207 ff.). Wohingegen erstere ähnlich dem konversationsanalytischen Konzept des Reparaturmechanismus anhand einer Wiederholung

oder Reformulierung der Ausgangsfrage darauf abzielen, eine hinreichende, der Frage angemessene Antwort zu evozieren (vgl. Kap. 7.2.2), setzen *general expansion elicitors* und *specific expansion elicitors* eine Elaboration der Patientenantwort konditionell relevant (vgl. Muntigl/Zabala 2008: 207). *Specific expansion elicitors* fordern dabei eine ganz bestimmte Turnerweiterung ein, während *general expansion elicitors* auf keine spezielle Art der Expansion ausgerichtet sind und *continuer* (vgl. ebd.: 209 f.) oder *confirmation elicitors* umfassen (vgl. ebd.: 211 f.).

Im vorliegenden Beispiel gibt die Patientin keine Anzeichen einer Turnerweiterung zu erkennen, sodass der Therapeut mit einem *confirmation elicitor* in Form einer ratifikationssuchenden DS-Frage kurzzeitig das Rederecht übernimmt und den Fokus von der Selbstabwertung der Patientin auf die retrospektive Lösungsformulierung lenkt (Z. 1385-1387). Hierbei paraphrasiert er ihren Wortlaut mit eigenen Worten und fokussiert damit den Teil der Antwort, der im weiteren Verlauf elaboriert werden soll. Die therapeutische Reaktion erfüllt also zweierlei Funktionen: Sie fordert nicht nur eine patientenseitige Bestätigung ein, sondern animiert die Patientin zudem, das Gesagte zu erläutern oder zu präzisieren. Das heißt, „by asking the client to confirm some aspect of what they have said (i.e., felt, perceived, thought, etc.), T [Therapist] is in addition prompting the client to think more about (and hence *say more about*) his or her original response“ (vgl. Muntigl/Zabala 2008: 212; Hervorh. im Original). Der Handlungswiderstand wird so nicht weiter beachtet, sondern die prospektive Orientierung der Lösungsorientierten Frage durch die retrospektive Lösungsformulierung der Patientin ersetzt und zugleich der Fokus von der problemzentrierten Darstellung auf den optimistischen Gehalt der Antwort gelenkt.

Eine weitere Form der Expansionsanforderung sind metakommunikative Redeaufforderungen. Hierbei lässt sich eine Ähnlichkeit zu den von Muntigl und Zabala beschriebenen *demands* verzeichnen, die als *specific expansion elicitors* einen bestimmten Aspekt der Vorgängeräußerung fokussieren und den Patienten explizit zur Elaboration anhalten (vgl. 2008: 215 f.).¹⁷ Beispielhaft hierfür steht folgender Gesprächsausschnitt:

¹⁷ Darüber hinaus können *specific expansion elicitors* in Form von *TCU-initial prompts* oder W-Fragen realisiert werden (vgl. Muntigl/Zabala 2008: 213 ff.). Erstere markieren durch (alleinstehende) Konjunktionen, Präpositionen etc. den Anfang einer TCU, die gedanklich

Beispiel 4: T5_1 (1)

{01:34:56} 976 T5 ((schnalzt)) °h ich glaub des war so ne
überleitung in d_richtung °h was
wünschen sie sich wohl von so ner
studientherap[ie oder wo würden sie (.)
]denken

{01:35:02} 977 P [((Einatmen, 1.0 Sek.))
]

{01:35:03} 978 P oka[y]

{01:35:04} 979 T5 [dass]sie ansetzen können

{01:35:05} 980 (4.1)

{01:35:09} 981 P hm

{01:35:10} 982 (2.3)

{01:35:13} 983 P ((schluckt))

{01:35:13} 984 (0.3)

{01:35:14} 985 P °h °h °h h°

{01:35:15} 986 (0.2)

{01:35:15} 987 P ((Atemgeräusche, 2 Sek.))

{01:35:17} 988 (2.8)

{01:35:20} 989 P ((schmatzt))

{01:35:20} 990 (0.2)

{01:35:20} 991 P ((schmatzt))

{01:35:21} 992 (0.2)

{01:35:21} 993 P diese (.) grundnervosität
beziehungsweise diese grundanspannung
((schmatzt))

an die Vorgängeräußerung des Patienten anknüpft und eine nachfolgende grammatikali-
sche Einheit projiziert, die vom Patienten fortgesetzt werden soll. Aber auch W-Fragen im-
plizieren eine mangelnde Bearbeitung eines spezifischen Aspekts der Patientenantwort
und fordern diesbezüglich eine Elaboration oder Expansion ein.

Läpple et al.: Patientenwiderstand in psychodiagnostischen Gesprächen

{01:35:25} 994 (1.7)

{01:35:26} 995 P zu lösen beziehungsweise (nen)

{01:35:28} 996 (0.4)

{01:35:29} 997 P ((schmatzt)) grund vielleicht dafür

{01:35:30} 998 (0.8)

{01:35:31} 999 P festzustellen weil ich mir da selbst
noch nicht so sicher bin aber °h (.) ich

{01:35:35} 1000 (0.2)

{01:35:35} 1001 P kann einfach keine gespräche mehr mit
leuten führen ohne diese innere
angespanntheit zu haben dieses °h
ständige °hh

{01:35:42} 1002 (0.2)

{01:35:42} 1003 P ((Sprechansatz))

{01:35:42} 1004 (0.7)

{01:35:43} 1005 P hmhm

{01:35:43} 1006 (0.2)

{01:35:44} 1007 P dazwischen (.) gestikulieren zum
beispiel was ich hier [auch mach]das
is ja keine normale gestikulation das
is ja °h

{01:35:46} 1008 T5 [(hmhm)]

{01:35:49} 1009 (0.2)

{01:35:49} 1010 T5 hm[hm]

{01:35:50} 1011 P [mehr]oder weniger zuckungen schon
fast ähm °hh

{01:35:53} 1012 (1.1)

{01:35:54} 1013 P diese nervosität die einfach da is
irgendwo zu bewältigen (.)
((Sprechansatz))

{01:35:58} 1014 T5 (.) hm[hm]

{01:35:58} 1015 P [((schmatzt)) °h]die is ja nich
nur in gesprächen da die is auch im
alltag häufig da °h (.) ((schnieft))

{01:36:02} 1016 (0.6)

{01:36:02} 1017 P und letztendlich ((Sprechansatz))

{01:36:04} 1018 (1.1)

{01:36:05} 1019 P sich darüber vielleicht an die
panikattacken dann ranzuarbeiten

{01:36:08} 1020 (0.3)

{01:36:09} 1021 T5 hmhm

{01:36:09} 1022 (0.9)

{01:36:10} 1023 P ich bin mir bis jetzt immer noch nich
hundertprozentig sicher woher die
panikattacken eigentlich kommen und ich
denk auch dass es °hh im endeffekt
relativ egal is woher sie denn kommen
öhm wenn der auslöser dafür

{01:36:22} 1024 (0.5)

{01:36:22} 1025 P °h

{01:36:23} 1026 T5 hm[hm]

{01:36:23} 1027 P [vorlie]gt

{01:36:24} 1028 (0.4)

{01:36:24} 1029 T5 hmhm

{01:36:25} 1030 (1.8)

{01:36:27} 1031 T5 ((schmatzt)) diese grundanspannung wol-
len sie dazu noch en bisschen was sagen
°hh

In dieser Gesprächssequenz gibt der Patient die Schwierigkeit zur Beantwortung der lösungsorientierten Frage nach seinen Therapiewünschen durch eine deutlich wahrnehmbare Pause von über zwölf Sekunden sowie weiteren Verzögerungssignalen (Schlucken, Schmatzen, hörbares Aus- und Einatmen) zu Beginn seines Turns zu erkennen. Anstatt eines

erwartungsgemäßen Widerstands folgt jedoch zunächst eine inhaltlich präferierte Antwort, in der er eine prospektive Haltung einnimmt und den Wunsch äußert, seine Grundanspannung zu bewältigen sowie einen Grund für deren Auftreten festzustellen (Z. 993-999). Im Anschluss kommt es zu einem kontinuierlichen Wechsel zwischen prospektiven, lösungsorientierten auf der einen, und problemorientierten Darstellungen auf der anderen Seite, denen die Therapeutin lediglich vereinzelt mit Aufmerksamkeit signalisierenden Rückmeldepartikeln entgegnet. Die Mischung aus dispräferierten und präferierten Eigenschaften der Darstellung legt nahe, dass es sich hierbei um eine partiell konforme Antwort handelt und der Patient zumindest stellenweise kommunikativen Widerstand leistet.

Die Therapeutin äußert daraufhin zunächst einen *continuer* und lässt anschließend nahezu zwei Sekunden verstreichen, bevor sie ihren Turn mit einer *highlighting*-Frage fortführt, in der sie das vom Patienten eingebrachte Schlüsselwort *recycelt* und sich so lexikalisch an seinem Sprachmaterial orientiert: *((schmatzt)) diese grundanspannung wollen sie dazu noch ein bisschen was sagen °hh* (Z. 1031). Die Expansionsanforderung erfolgt hier also durch eine metakommunikative Redeaufforderung in Form einer V1-Konstruktion, deren verpflichtender Charakter durch das Modalverb *wollen* sowie die Formulierung *ein bisschen* abgeschwächt wird und dadurch einen volitiven Charakter erhält. Gemäß ihrer Formulierung als V1-Frage setzt die interrogative Sprachhandlung zudem eine Elaboration über die syntaktisch implizierte ja/nein-Minimalantwort hinaus konditionell relevant, deren inhaltliche Gestaltung hingegen weitgehend dem Patienten überlassen wird und thematisch lediglich auf die genannte *grundanspannung* beschränkt ist. Wie im vorherigen Beispiel fordert die Therapeutin durch die lexikalische Referenz in diesem Ausschnitt also weitere Informationen bezüglich eines spezifischen Aspekts der Antwort ein, ohne speziell auf die partielle Resistenz des Patienten einzugehen.

Eine Möglichkeit, den Patienten zu einer Expansion seiner Antwort aufzufordern, ohne sich lexikalisch an dessen Äußerung zu orientieren, ist die Artikulierung einer Beispielnachfrage. Beispielnachfragen fordern exemplarische Konkretisierungen bezüglich des aktuellen Redegegenstands ein und können generell in expliziter oder impliziter Form realisiert werden (vgl. Blöcher 2017: 24). Während explizite Beispielnachfragen die

Bezeichnung *Beispiel* in die Fragehandlung miteinbeziehen, wird im Falle impliziter Varianten „ein anderer Ausdruck verwendet, welcher nach der Nennung eines Beispiels bzw. nach Konkretisierung verlangt. Solche Ausdrücke sind: *Situation, typische Situation, Erinnerung, Sachen, Dinge* und *Fälle*“ (ebd.: 33; Hervorh. im Original).

In den analysierten Daten ließ sich lediglich eine Beispielnachfrage als therapeutische Reaktion auf Patientenwiderstand identifizieren. Die Widerständigkeit manifestiert sich in dem entsprechenden Ausschnitt ebenfalls durch eine fehlende prospektive Ausrichtung, welche durch die Lösungsorientierte Frage nach Therapiezielen relevant gesetzt wird:

Beispiel 5: T1_4 (2)

{00:57:33} 948 T1 °h und jetzt h° (.) was
{00:57:35} 949 (0.2)
{00:57:35} 950 T1 denken sie selber (.) wo
{00:57:37} 951 (0.8)
{00:57:38} 952 T1 w äh ham selber ne ((Sprechansatz))
{00:57:39} 953 (0.5)
{00:57:40} 954 T1 ne idee (.) was für sie k mh sie ha (.)
sagen ja es is_es erste mal dass sie
jetz (.) hier so erfahrungen machen (.)
mit psychotherapie mit gruppen (.) mit
gesprächen (.) ((Einatmen, 1.2 Sek.))
{00:57:48} 955 (0.6)
{00:57:49} 956 T1 wie is das für sie hh°
{00:57:51} 957 (0.3)
{00:57:51} 958 T1 entsteht da ne idee (.) was sie für sich
da (.) erreichen m möchten oder was
ihnen wichtich sein
{00:57:56} 959 (0.6)
{00:57:56} 960 T1 öh öh äh wichtich is in der therapie h°
{00:57:58} 961 (0.3)

{00:57:59} 962 T1 h°
{00:57:59} 963 (0.4)
{00:57:59} 964 P ((schnalzt)) °h (.) was mir sehr hilft
(.) was mir sehr gut tut is (.) einfach
diese
{00:58:03} 965 (0.5)
{00:58:03} 966 P °h
{00:58:03} 967 (0.2)
{00:58:04} 968 P feste struktur die_s hier gibt
{00:58:05} 969 (0.2)
{00:58:05} 970 T1 hmhm
{00:58:06} 971 °h
{00:58:06} 972 P °h ((schmatzt)) ähm die menschen die
einfach da sind °h (.) isch hab nich
hier nich so die möglichkeit misch (.)
ähm einzuigeln
{00:58:13} 973 (0.5)
{00:58:13} 974 P zum einen (.) mich so abzuschotten (.)
wie ich das sonst tun würde (.) °hh (.)
hier sind
{00:58:17} 975 (0.3)
{00:58:18} 976 P ((Sprechansatz))
{00:58:18} 977 (0.3)
{00:58:19} 978 P ((brummt)) menschen die einen auch
fragen ja wie geht_s dir äh weil sie
sofort sehn dass es °h (.) nich (.) äh
wenn_s einem nich gut geht einfach auch
((schnalzt))
{00:58:26} 979 (0.3)
{00:58:26} 980 P weil sie selbst auch öh
{00:58:28} 981 (0.3)

{00:58:28} 982 P weil jeder hier seine geschichte [hat
]un s hier geht man einfach mitnander u
(.) anders mitnander um (.) °hh (.) und

{00:58:29} 983 T1 [hmhm]

{00:58:34} 984 (0.2)

{00:58:34} 985 P schon auch (.) die therapien find ich
schon mit

{00:58:37} 986 (0.4)

{00:58:38} 987 P mitunter eigentlich sehr gut °hh

{00:58:40} 988 (0.2)

{00:58:40} 989 P äh äh weil

{00:58:41} 990 (0.3)

{00:58:41} 991 P es werden themen besprochen die ich ei-
gentlich sonst im gespräch immer meiden
würde

{00:58:46} 992 (0.6)

{00:58:46} 993 T1 wie zum beispiel

{00:58:47} 994 (0.4)

{00:58:48} 995 P °h

{00:58:48} 996 (0.2)

{00:58:48} 997 P wie zum beispiel meine vergangenheit

{00:58:50} 998 T1 (.) hm[hm]

{00:58:50} 999 P [in der]einzeltherapie zum
beispiel

So kommt der Patient in zweiter Sequenzposition lediglich auf seine aktuelle Situation zu sprechen und erläutert relativ ausführlich, was ihm gegenwärtig in der Therapie hilft und wohlbekommt, nicht aber, was er konkret in der Therapie erreichen möchte. Abschließend hält er fest, er fände die Therapie grundsätzlich sehr gut, weil Themen besprochen würden, die er im Gespräch sonst immer meide. Nach einer kurzen Pause interve-

niert der Therapeut an dieser Stelle mit der elliptischen expliziten Beispielnachfrage *wie zum beispiel* (Z. 993) und fordert damit einen exemplarischen Fall eines solchen Vermeidungsthemas ein. Anders als in den oben diskutierten Beispielen wird die Expansionsanforderung hier primär auf struktureller Ebene kommuniziert und ist angesichts der fehlenden lexikalischen Referenz nur anhand ihrer Positionierung innerhalb der Sequenz nachzuvollziehen. Durch die reaktive Therapeutenhandlung wird die Vorgängeräußerung dabei als unzureichend dargestellt und eine Konkretisierung eingefordert. In der Folge kommt es zu einer präferierten Antwort seitens des Patienten (*wie zum beispiel meine vergangenheit* Z 997), die als solche durch die lexikalische Wiederaufnahme des therapeutischen Wortlauts angezeigt und im weiteren Verlauf thematisch ausgearbeitet wird.

Alles in allem lässt sich festhalten, dass im Rahmen von Expansionsanforderungen die ursprüngliche Agenda der Lösungsorientierten Frage sowie die widerständigen Teile der Antworten zugunsten therapeutisch relevanter Aspekte in den Hintergrund treten. Dabei führt der Therapeut nicht wie bei interpretativen Elaborationen einen eigenen Gedankengang aus, sondern knüpft mittels Anschlussfragen unmittelbar an einen vom Patienten relevant gesetzten Aspekt an und fordert ihn dazu auf, seine Antwort zu präzisieren oder konkretisieren. Dies geschieht vorwiegend in Form von Präzisionsfragen, Paraphrasierungen der teilresponsiven Patientenäußerung oder metakommunikativen Redeaufforderungen, mit denen das Sprachmaterial der widerständigen Antworten *recycelt* wird und die jeweiligen Perspektiven und Relevanzsetzungen der Patienten übernommen werden. Darüber hinaus konnte eine explizite Beispielnachfrage identifiziert werden, mit der der Patient zur Expansion aufgefordert wird, ohne dass es zu einer lexikalischen Wiederholung von Teilen der Vorgängeräußerung kommt.

7.1.3 Fokusverlagerung

Ein weiterer Typ expansionsinitiierender Strategien sind Fokusverlagerungen. Hierbei wird die thematische Agenda beibehalten, aber aus einer anderen Perspektive beleuchtet. Im Gegensatz zu interpretativen Elaborationen, die sich durch ihren Behauptungscharakter auszeichnen und ei-

nen eigenen Gedankengang des Therapeuten bezüglich der Patientenäußerung kommunizieren, handelt es sich hierbei um neutrale, informativsuchende Sprachhandlungen. Ebenso sind Fokusverlagerungen von Expansionsanforderungen abzugrenzen, da sie die thematische Ausrichtung leicht modifizieren und den jeweiligen Redegegenstand so aus einer anderen Sichtweise ausarbeiten.

Im analysierten Korpus finden sich insgesamt sechs Fokusverlagerungen, die als Reaktionen auf drei partiell konforme Antworten, zwei *answer-like responses* und eine *non-answer response* erfolgen. Realisiert werden die therapeutischen Äußerungen dabei meist als interrogative Sprachhandlungen in Form von W-Fragen. Ein Beispiel dafür bietet T3_1 (3). Im Vorlauf der Lösungsorientierten Fragen-Sequenz sprechen die Gesprächspartner über die Ausbildung des Patienten. Dieser erzählt, er habe sich für ein Studium beworben, hinsichtlich der bevorstehenden Therapie jedoch nicht die Kraft gefunden, dieses anzutreten. Anschließend berichtet er, als Zweitbester seines Jahrgangs seine Ausbildung abgeschlossen zu haben, er nichtsdestotrotz aber keine Zufriedenheit verspüren konnte. Infolge der therapeutischen Frage, wer ihn in solchen Situationen lobe, verweist er auf seine Familie und fährt fort, er habe das Lob jedoch nicht entgegennehmen können, denn es sei *ja noch lang nich (.) äh entschieden was so in der zukunft passie[rt ode]r °hh (.) wie ich jetz in der zukunft (.) bestehe oder so* (Z. 1041). Resümierend hält er schließlich fest, er habe den Abschluss seiner Ausbildung *für mich selber jetz auch nich als en großen erfolg ges[ehn irgend]wo* (Z. 1045) und verweist damit auf seine mangelnde Fähigkeit, seine erreichten Ziele anzuerkennen. Insgesamt kommt es im Vorlauf der Sequenz damit zu einer kontinuierlichen Degradierung seiner Fähigkeiten und Leistungen. Der Therapeut reagiert in partieller Überlappung mit dem Patiententurn mit einer Rückmeldepartikel, bevor er unmittelbar im Anschluss zur Lösungsorientierten Frage ansetzt und den Patienten damit in seiner Selbstabwertung unterbricht:

Beispiel 6: T3_1 (3)

{01:23:31} 1047 T ((schmatzt)) °h wo soll_s denn hingehn
in der zukunft (.) was möchten sie denn
machen

{01:23:34} 1048 (1.0)

{01:23:35} 1049 P ja das wüsst ich auch gerne also
[(ähm/eben)]

{01:23:36} 1050 T [hmhm]

Mit der zweiteiligen Frage knüpft der Therapeut an die Patientendarstellung aus dem Vorlauf an, indem er die aus Zeile 1041 doppelt geäußerte Präpositionalphrase *in der zukunft* in seinem Turn *recycelt* und sich in beiden W-Fragen der Modalpartikel *denn* bedient. Diese übernimmt in Interrogativsätzen generell die Funktion eines Frageanzeigers (vgl. Thurmair 1989: 169; Kwon 2005: 14). Darüber hinaus wird durch *denn* „auf den unmittelbar vorausgehenden Kontext Bezug genommen und dabei an einen (meist unerwarteten) Aspekt angeknüpft [...] bevor das Gespräch mit dem eigentlichen Thema weitergehen kann“ (Thurmair 1989: 166). Dadurch, dass sich der Therapeut im vorliegenden Beispiel lexikalisch an der vorhergehenden Patientenäußerung orientiert, zeigt er an, dass er mit seiner Frage an diese anschließt und weiterführende Informationen bezüglich seiner Zukunftsvorstellungen einfordert.¹⁸ Gleichzeitig wird der insgesamt stark retrospektive Bezug aus dem Vorlauf der Sequenz aufgehoben und durch eine prospektive Orientierung ersetzt. Konkret beginnt der Therapeut die Lösungsorientierte Frage mit der unpersönlichen W-Frage ((schmatzt)) °h wo soll_s denn hingehn in der zukunft (Z. 1047), die sehr allgemein gehalten ist. Nach einer Mikropause präzisiert er die Lösungsorientierte Frage daher mit einer zweiten W-Frage: *was möchten sie denn machen* (Z. 1047). Diese ist inhaltlich immer noch relativ offengehalten, jedoch wird der Bezug zum Patienten durch die direkte Adressierung verstärkt und der Aufforderungscharakter erhöht, sodass der Patient unter starken Zugzwang gesetzt wird. Zugleich wird mittels des Modalverbs

¹⁸ Zu dieser Einforderungsfunktion von *denn* siehe Deppermann 2009.

möchten ein hypothetischer Rahmen etabliert, durch den die Formulierung einer unverbindlichen Wunschvorstellung eingefordert wird.

Es verstreicht eine einsekündige Pause, bevor der Patient das Rede-recht übernimmt, dabei aber dem Handlungsauftrag der Lösungsorientierten Frage nicht nachkommt, sondern emotionslos erklärt: *ja das wüsst ich auch gerne also [(ähm/eben)]* (Z. 1049). Abgesehen von der Pause liegen hierbei keine formalen Merkmale einer dispräferierten Antwort vor; die Äußerung wird ohne Unterbrechungen oder andere formulierungsdynamische Auffälligkeiten produziert. Auch die einleitende Partikel *ja* lässt auf eine zustimmende, kooperative Antwort des Patienten schließen und übernimmt hier die Funktion eines „*pro forma*“ *agreement*, mit dem die dispräferierte Antwort verzögert wird (vgl. Schegloff 2007: 69 f.). Doch der Patient unternimmt keinen Versuch der Projektion, sondern verweist lediglich auf seine niedrige *epistemic stance* bezüglich des erfragten Sachverhalts. Seine Antwort ähnelt dabei einer *Ich-weiß-nicht*-Konstruktion zur Markierung epistemischer Schwierigkeiten, womit er seinen mangelnden Wissensbestand kommuniziert (vgl. Stremlau 2017: 27 ff.).

Anstatt jedoch explizit durch Negationspartikeln gekennzeichnetes Nichtwissen zu äußern, formuliert der Patient seinen Turn in zustimmender Form und orientiert sich damit an dem in verbaler Interaktion grundsätzlich wirkenden Präferenzprinzip, das lautet: „‘If possible, avoid or minimize a stated disagreement, disconfirmation, or rejection and, if possible, include an agreement, confirmation, acceptance or other supportive action‘“ (Pomerantz/Heritage 2013: 214). Mit anderen Worten, durch die positive Polarität der dispräferierten Äußerung, die durch das Adverb *gerne* verstärkt betont wird, zeigt sich der Patient in Bezug auf die Lösungsorientierte Frage prinzipiell kooperationsbereit, weist die therapeutische Agenda also nicht widerständig zurück, sondern kann über den erfragten Sachverhalt aufgrund mangelnder Kenntnisse vermutlich tatsächlich keine Auskunft geben. Insgesamt ist seine Antwort vor diesem Hintergrund zwar als dispräferierte *non-answer response*, nicht aber als strategisches Widerstandsmittel zu bewerten.

- {01:23:36} 1051 (0.8)
- {01:23:37} 1052 T wie kamen sie denn dann darauf °hh (.)
den studiengang sich z für zu bewerben
- {01:23:41} 1053 (0.9)
- {01:23:41} 1054 P °h ((schmatzt)) ähm des war einerseits
so dass ich (.) ja wusste okay ich hab
da jetzt schon (ne) (.) äh (.)
vorerfahrung
- {01:23:48} 1055 T (.) hm[hm]
- {01:23:48} 1056 P [°hh ((schmatzt)) durch die ganzen
programme die ich gelernt hab un des
zeichnerische un_fotografien
- {01:23:53} 1057 (0.6)
- {01:23:53} 1058 P alles mögliche (.) °hh
- {01:23:55} 1059 (0.6)
- {01:23:56} 1060 P macht mir ja auch spaß h° aber
- {01:23:58} 1061 (0.7)
- {01:23:58} 1062 P irgendwo is es ja auch so dass_s (.)
dass_s ja viel mit werbung zu tun hat
un[d e]s_s also des find ich irgendwo
- {01:24:01} 1063 T [hmhm]
- {01:24:03} 1064 (0.4)
- {01:24:04} 1065 P ja werbung widert mich irgendwo an also
- {01:24:06} 1066 T hm[hm]
- {01:24:06} 1067 P [°hh](.) die ganzen medien so
beeinflussend sin
[un de]s damit hab ich irgendwie_n
problem denke auch dass es (.) ähm
- {01:24:09} 1068 T [hmhm]
- {01:24:12} 1069 (1.0)
- {01:24:13} 1070 P ((schmatzt)) der jugend oder so
- {01:24:14} 1071 (0.4)

{01:24:15} 1072 P [sch]adet also dass denk auch dass es
mir irgendwo persönlich geschadet hat
oder sch[ade]t °h immer von allen
möglichen seiten so zugeknallt zu werden
mit irgendwelchen sachen die man
angeb[lich]haben muss oder

{01:24:15} 1073 T [hm]

{01:24:18} 1074 T [hmm]

{01:24:23} 1075 T [hm]

{01:24:24} 1076 (0.6)

{01:24:25} 1077 P °h

{01:24:25} 1078 T hm

{01:24:25} 1079 P (.) sein muss können muss (.) und so
weiter

{01:24:27} 1080 (1.2)

{01:24:29} 1081 T ((schmatzt)) was bleibt (denn dann)
übrig für sie

{01:24:30} 1082 (0.3)

{01:24:30} 1083 T mit der qualifikation

Es folgt eine kurze Pause und damit ein TRP, an der der Therapeut die dritte Sequenzposition eröffnet und sich in Form einer W-Frage nach dem Grund der Studienbewerbung erkundigt (Z. 1052). Dadurch gibt er die durch die Lösungsorientierte Frage etablierte prospektive Orientierung auf und nimmt eine retrospektive Haltung ein. Dieser zeitliche Perspektivenwechsel wird durch einen inhaltlichen Fokuswechsel ergänzt, wobei durch die erneute Bezugnahme auf das Studium des Patienten zunächst nicht direkt ersichtlich ist, ob und inwiefern der Therapeut mit seinem Turn an die vorangehende Äußerung anknüpft. Tatsächlich könnte argumentiert werden, dass er sich inhaltlich neu orientiert und ein anderes, wenn auch im weitesten Sinne verwandtes Thema einleitet.

Wie bereits in der Lösungsorientierten Frage aus erster Sequenzposition formuliert der Therapeut die W-Frage allerdings mit der Modalparti-

kel *denn* und schließt in sequenzstruktureller Hinsicht folglich an den vorangehenden Patiententurn an (vgl. Thurmair 1989: 166). Deppermann spricht der in interrogativen Äußerungen retrospektiv gebrauchten Modalpartikel *denn* darüber hinaus eine epistemische und interaktionsorganisatorische Funktion zu: „Mit *denn* wird angezeigt, dass eine Frage durch den vorangehenden interaktiven Kontext motiviert ist und dass aus diesem Kontext für die Adressatin die Verpflichtung erwächst, dem Sprecher die erfragte, verstehensnotwendige Information zu liefern“ (2009: 23 f.; Hervorh. im Original). In diesem Zusammenhang wird durch die *denn*-Frage eine implizite Wissenszuschreibung an den Patienten vorgenommen, welche suggeriert, dass er aufgrund seiner vorhergehenden Turns mehr weiß, als er bislang berichtet hat und somit in der Lage sein sollte, den Redegegenstand zu präzisieren (vgl. ebd.: 29 f.). Dass der Therapeut an dieser Stelle keinen radikalen Themenwechsel initiiert, sondern an den Patiententurn anschließt, wird zudem durch das fakultative Korrelat *dann* angezeigt, welches eine konditionale Satzverbindung impliziert und sich so auf eine vorige Bedingung bezieht. Der Therapeut rahmt seine *denn*-Frage demnach als Schlussfolgerung aus dem vorhergehenden Interaktionsverlauf und stellt dadurch eine implizite Verknüpfung zwischen dem patientenseitigen Nichtwissen um seine Zukunftspläne und seiner Studienbewerbung her. Da das Thema des Studiums vom Patienten im Vorlauf der Sequenz nicht widerständig bearbeitet wurde, ist im Anschluss weniger Widerstand zu erwarten.

In der Tat reagiert der Patient nach einer kurzen Pause mit einer präferierten Antwort, in der er seine Vorerfahrung und seinen Spaß als ausschlaggebende Faktoren für seine Studienbewerbung anführt. Anschließend problematisiert er das Studium jedoch dahingehend, dass dessen Inhalte *viel mit werbung zu tun* hätten, *un[d e]s_s also des find ich irgendwo (0.4) ja werbung widert mich irgendwo an* (Z. 1062-1065). Damit rückt er inhaltlich erneut von der therapeutischen Agenda aus dritter Sequenzposition ab und fokussiert nicht Gründe für, sondern gegen das Studium. Er fährt fort, er fände *die ganzen medien so beeinflussend* (Z. 1067), worin er ein großes Problem für sich, aber auch andere Heranwachsende sehe, und schließt seinen Turn so mit einer Begründung um seine negative Haltung gegenüber Werbung und Medien ab. Das Verhalten des Therapeuten während des elaborierten Patiententurns entspricht

den Regeln kooperativen Zuhörens. Er interveniert nicht und äußert lediglich *continuer* als Zeichen seiner emphatischen Zuhörerschaft.

Nach einer merklichen Pause von 1.2 Sekunden äußert der Therapeut schließlich eine weitere Lösungsorientierte Frage: *((schmatzt)) was bleibt (denn dann) übrig für sie (0.3) mit der qualifikation (Z. 1081-1083)*. Diese knüpft thematisch an die Frage aus erster Sequenzposition an und qualifiziert die therapeutische Reaktion aus Zeile 1052 rückwirkend als strategische Intervention, mit dem Ziel, die widerständige Antwort über den Umweg eines weniger problematischen Themas durch eine präferierte zu ersetzen. Die konditionelle Relevanz und Agenda der ursprünglichen Lösungsorientierten Frage werden im dritten Sequenzschritt somit nur vorübergehend aufgehoben, um in späterer Position erneut darauf zurückzukommen. Daran zeigt sich, dass die durch die Lösungsorientierte Frage erzeugte konditionelle Relevanz durch einen dispräferierten Folgebeitrag nicht unbedingt außer Kraft gesetzt wird, sondern über mehrere Beitragspositionen hinweg bestehen bleiben kann (vgl. Levinson 2000: 333; siehe auch Schegloff 1990).

Der Patient weicht der therapeutischen Agenda daraufhin zunächst ein weiteres Mal aus, indem er bekundet, was er beruflich nicht machen möchte, bevor er berichtet, er wolle das im Studium Gelernte für sich nutzen und mit irgendetwas verbinden (Z. 1097). Die zahlreichen Unsicherheits- und Vagheitssignale sowie Markierungen epistemischer Schwierigkeiten vermitteln aber den Eindruck, als sei er sich über seine berufliche Zukunft nach wie vor nicht im Klaren, sodass seine Antwort insgesamt als *answer-like response* des Typs *refocusing* gewertet werden kann. Im Vergleich zu der *non-answer response* aus zweiter Position ist sein Handlungswiderstand an dieser Stelle jedoch deutlich geringer ausgeprägt, da er mehrere berufliche Alternativen nennt und so zumindest den Versuch einer Zukunftsprojektion unternimmt. Durch den im dritten Sequenzschritt in Gang gesetzten Reflexionsprozess wird dem Patienten somit gewissermaßen der Zugang zur lösungsorientierten Ebene erleichtert und der kommunikative Widerstand über einen thematischen Umweg erfolgreich bearbeitet. Der Therapeut gibt sich mit der Antwort an dieser Stelle zufrieden und etabliert anschließend strukturell sowie inhaltlich einen neuen thematischen Kontext (vgl. Kap. 7.3).

Ähnlich retrospektiv orientierte Fokusverlagerungen ließen sich in zwei weiteren Fällen beobachten. Konkret handelt es sich dabei um Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung bzw. kollaborative Erklärungsfindungsfragen.¹⁹ Diese zeichnen sich dadurch aus, dass der Patient im Hinblick auf die Entwicklung eines Verständnisses seiner Probleme in den Erklärungsprozess direkt involviert wird (vgl. Mack et al. 2016: 86). Mack et al. sprechen kollaborativen Erklärungsfindungsfragen in diesem Zusammenhang eine pädagogische Funktion zu:

Gerade auch der Patient soll in Grundzügen, auf eine ihm selbst zugängliche Weise, ein Verständnis seiner Probleme entwickeln. Dies ist ein wichtiger Bestandteil der Bewusstmachung von bis dahin für den Patienten undurchschaubaren Prozessen, Strukturen und Mustern. Er soll bisher nicht beachtete beziehungsweise nicht reflektierte Zusammenhänge verstehen, um so einen bewussten, reflektierten Umgang mit seinen Problemen zu erreichen und sich auch insgesamt neue Gestaltungsmöglichkeiten seines Denkens und Handelns erschließen (2016: 86).

Der Patient wird an der therapeutischen Verstehensarbeit somit wesentlich beteiligt und dabei direkt adressiert, sowie oft mit mindestens einem Lexem aus dem Wortfeld *Erklärung/Theorie* konfrontiert (vgl. ebd.: 87). In den zwei Beispielen aus diesem Korpus wird ein solch explizit charakterisierendes Nomen nicht verwendet. Die Erklärungsfindung manifestiert sich hier vielmehr indirekt durch die mentalen Verben *denken* und *glauben*, wodurch die Ursachen der jeweils vom Patienten geschilderten Verhaltensweisen erfragt werden.

So erfolgt die therapeutische Erklärungsfindungsfrage in T4_1 (1) auf eine *answer-like response* des Typs *refocusing*, in der die Patientin auf die thematische Agenda der Lösungsorientierten Frage anhand einer relativierten Ratifikation nur minimal eingeht und anschließend in eine problemorientierte Darstellung bezüglich ihrer Selbstwahrnehmung zurückfällt:

¹⁹ Für eine detaillierte Untersuchung kollaborativer Erklärungsfindungsfragen im Psychotherapiegespräch vgl. Siebeking-Thompson (2017).

Beispiel 7: T4_1 (1)

{00:41:22} 1238 T4 wäre des wichtig dass sie besser mit
sich umgehen

{00:41:25} 1239 (1.7)

{00:41:27} 1240 P hm ja ich denke

{00:41:28} 1241 (0.8)

{00:41:29} 1242 P ich denke schon also ich k kenn das
auch dass ich manchmal wenn es mir °h
(.) schlecht geht so

{00:41:35} 1243 (1.8)

{00:41:37} 1244 P nicht äh selbstzerstörerisch aber dass
ich ((atmet ein; ca. 1,1 sec.)) ja dass
ich nicht auf mich achte oder auch

{00:41:43} 1245 (1.7)

{00:41:45} 1246 P ob jetzt bei meiner alten wohnsituation
oder bei (.) solchen sachen dass wenn
ich merke es ist eigentlich nicht gut
so wie es ist aber dass ich das °h
nicht ernst nehme und immer denke

{00:41:54} 1247 (0.6)

{00:41:55} 1248 P naja is halt ne neue erfahrung und kann
man ja auch was draus lernen oder es
geht immer noch schlimmer °h

{00:42:01} 1249 (1.1)

{00:42:02} 1250 P aber

{00:42:03} 1251 (0.5)

{00:42:04} 1252 P ja dass ich dann dass ich

{00:42:05} 1253 (1.1)

{00:42:07} 1254 P nicht das gefühl habe ich ähm

{00:42:08} 1255 (1.5)

{00:42:10} 1256 P kann mich da so

{00:42:11} 1257 (0.4)
{00:42:12} 1258 P für wichtig[nehmen und]mir halt
{00:42:12} 1259 T4 [hmhm]
{00:42:14} 1260 (0.8)
{00:42:15} 1261 P da was gutes tun oder dass ich
((Sprechansatz)) °h
{00:42:17} 1262 (1.6)
{00:42:19} 1263 P ja immer (hinterher/eher) ein
schlechtes gewissen habe weil ich mir
was gutes tue oder auch wenn ich mir
was kaufe selber dass ich dann immer °h
(.) dass ich mir schlecht sachen gönnen
kann

{00:42:28} 1264 T4 hmhm
{00:42:28} 1265 (0.8)
{00:42:29} 1266 T4 hmhm
{00:42:30} 1267 (1.2)
{00:42:31} 1268 T4 was denken sie woher des kommt
{00:42:32} 1269 (3.6)
{00:42:36} 1270 P hmhm
{00:42:37} 1271 (3.0)
{00:42:40} 1272 P hm ja ich glaube das kommt einerseits
so von dem
{00:42:43} 1273 (0.9)
{00:42:44} 1274 P drang (.) immer dass ich (.) das gefühl
hab ich bin nicht so in ordnung wie ich
bin sondern[ich muss immer °h](.) mich
weiterentwickeln oder neues lernen °h

{00:42:49} 1275 T4 [hmhm (.) okay]

In ihrer elaborierten Antwort schildert die Patientin unter anderem, dass sie nicht genug auf sich achte und es ihr schwerfalle, sich selbst etwas

Gutes zu tun. Insgesamt kommt es damit zu keiner elaborierten Zukunftsprojektion und somit zu kommunikativem Widerstand, infolgedessen der Therapeut durch Schweigen sowie zwei *continuer* zunächst eine abwartende Haltung einnimmt, bevor er mit der kollaborativen Erklärungsfindungsfrage *hmhm (0.8) hmhm (1.2) was denken sie woher das kommt (Z. 1268)* anschließt. Durch die Adressierung sowie das mentale Verb *denken* wird die Patientin dabei nach ihrer persönlichen Einschätzung gefragt und somit direkt in den Erklärungsprozess involviert. Mit dem Interrogativpronomen der eingebetteten W-Frage (*woher das kommt Z. 1268*) wird zudem die Fragedimension festgelegt und so die Ursache ihres Verhaltens abzuklären versucht. Dass der Therapeut an die Vorgängeräußerung anknüpft, ist außerdem durch die anaphorische Referenz in Form des unspezifischen Pronomens *das* zu erkennen, womit er auf den von der Patientin im unmittelbaren Vorlauf geschilderten Umstand referiert, sich selbst schlecht etwas Gutes gönnen zu können.

Ganz ähnlich gestaltet sich auch die zweite kollaborative Erklärungsfindungsfrage im nachfolgenden Beispiel, die in Zeile 800 als Reaktion auf eine partiell konforme Antwort infolge einer Lösungsorientierten Frage nach den Therapiezielen des Patienten erfolgt:

Beispiel 8: T5_2 (1)

{01:13:49} 738 T5 also ich denk jetzt so en bisschen an °h
therapieziele und das ist ja auch ne
psychotherapiestudie die [wi] [r hier]
haben und °hh

{01:13:56} 739 P
[hm] [hm]

{01:13:57} 740 (0.4)

{01:13:57} 741 T5 hm was für sie wohl ähm

{01:13:59} 742 (0.4)

{01:13:59} 743 T5 ein bereich sein könnte wo sie hingucken
können den sie sich vornehmen können und
°h

{01:14:04} 744 (1.6)

{01:14:06} 745 T5 und hätte mich gefragt ob sie selbst ü
überlegungen oder ideen haben

{01:14:09} 746 (0.3)

{01:14:09} 747 T5 was sie gerne erreichen möchten

{01:14:11} 748 (0.2)

{01:14:11} 749 T5 also wenn das gut läuft mit der
behandlung wo stehen sie dann in °hh

{01:14:14} 750 (0.3)

{01:14:15} 751 T5 danach

{01:14:15} 752 (6.5)

{01:14:22} 753 P so eins was ich mir natürlich

{01:14:23} 754 (1.4)

{01:14:25} 755 P eins meiner ziele is dass ich einfach
das (.) anerkennen kann was ich bisher
(.) erreicht habe

{01:14:28} 756 (0.8)

{01:14:29} 757 P ich tu mich allein schon schwer mit dem
erreicht weil ich kann stolz auf mich
sein

{01:14:33} 758 T5 hmhm

{01:14:33} 759 P (.) des is für mich (.) so

{01:14:35} 760 (0.3)

{01:14:35} 761 P befremdlich so

{01:14:36} 762 (2.0)

{01:14:38} 763 P wenn ich ne eins geschrieben hab dann
kann ich stolz auf mich sein kann sagen
ok das is die beste note die_s gibt hast
du gut gemacht axel das kann ich sagen
das kann ich auch fühlen

{01:14:45} 764 (0.2)

{01:14:45} 765 T5 hmhm

{01:14:45} 766 P wenn ich seit einem jahr zu hause rum
(.) hänge

{01:14:47} 767 (1.9)

{01:14:49} 768 P un irgendwie nix auf die reihe krieg

{01:14:51} 769 (1.0)

{01:14:52} 770 P wie soll ich dann stolz auf mich sein

{01:14:53} 771 (1.1)

{01:14:54} 772 T5 hm [hm]

{01:14:54} 773 P [ich ka]nn_s

{01:14:55} 774 (0.4)

{01:14:55} 775 P sie können mir_s jetzt erklären das hab
sie ham ja schon °h f du hast vor em
halben jahr hast du noch keine p hast du
panikattacken gehabt die hast du jetzt
weg °h ich kann hier sitzen jetzt
anderthalb stunden kann mit ihnen reden
ohne dass ich denke ich ersticke oder
ich sterbe (.) ich kann das jetzt und
darauf kann ich stolz sein

{01:15:07} 776 (0.2)

{01:15:07} 777 T5 hmhm

{01:15:07} 778 P das is logisch rational fassbar

{01:15:09} 779 (0.2)

{01:15:09} 780 P aber nicht fühlbar

{01:15:10} 781 (0.8)

{01:15:11} 782 P ich würd mir wünschen dass ich das
fühlen kann einfach auch mal zufrieden
mit mir zu sein und sagen axel °h (.) du
bist voran gekommen du hast was erreicht

{01:15:16} 783 (1.7)

{01:15:18} 784 P ich fühle das überhaupt net (.) ich fühl
mich einfach als versager als (.) der
ein jahr einfach rumhängt und nix auf

die reihe kriegt halt nur weil ich mein
hirn net in den griff krieg

{01:15:24} 785 (0.3)

{01:15:24} 786 T5 hm[hm]

{01:15:24} 787 P [s]o fühl ich mich

{01:15:25} 788 (0.2)

{01:15:25} 789 P das mein gefühl

{01:15:26} 790 (0.4)

{01:15:27} 791 P i[ch kann immer]sagen ja ich versteh_s
und ich kann wirklich stolz auf mich
sein (.) °h das sag ich aber ich fühls
net

{01:15:27} 792 T5 [hmhm]

{01:15:30} 793 (0.4)

{01:15:31} 794 T5 hmhm

{01:15:31} 795 (0.3)

{01:15:32} 796 P und ich wü würd mir wünschen dass ich
das fühle und wenn ich das fühle °h

{01:15:34} 797 (0.3)

{01:15:34} 798 P dann ist n weiterer schritt nach vorne

{01:15:36} 799 (0.5)

{01:15:36} 800 T5 was glauben sie denn warum sie es nicht
fühlen

{01:15:38} 801 (0.5)

{01:15:39} 802 P ja weil ich

{01:15:40} 803 (1.2)

{01:15:41} 804 P weil ich das teils als leistung empfinde

{01:15:42} 805 T5 hmhm

Der Patient lässt zunächst eine äußerst lange Pause von über sechs Sekunden verstreichen und kündigt damit folgenden Widerstand an. Entgegen dieser Erwartung nennt er anschließend eines seiner Ziele (Z. 755) und beantwortet die Frage damit inhaltlich präferiert, fällt unmittelbar im Anschluss jedoch in eine problemorientierte Darstellung zurück, indem er sein mangelndes Gefühl von Stolz und Zufriedenheit mit sich selbst beschreibt (Z. 756-780). Daraufhin reformuliert er seinen Wunsch, bevor er abermals auf die Beschwerdenschilderung eingeht, sodass es zu einem mehrmaligen Wechsel zwischen lösungs- und problemorientierten Darstellungen kommt, in denen der Patient zwischen emotionalen und rationalen Beschreibungen alterniert. Konkret schildert er dabei, dass ihm auf rationaler Ebene bewusst sei, dass er stolz auf sich sein könne, er dies aber nicht fühle. Abschließend hält er fest, er würde sich wünschen, ein solches Gefühl von Selbstzufriedenheit zu empfinden.

Im Anschluss an diese elaborierte Schilderung knüpft die Therapeutin an die vom Patienten relevant gesetzte Gefühlsebene an und fragt: *was glauben sie denn warum sie es nicht fühlen* (Z. 800). Die direkte Ansprache sorgt auch an dieser Stelle dafür, dass der Patient unmittelbar in den Erklärungsprozess miteinbezogen wird. Durch das mentale Verb *glauben* wird er in diesem Zusammenhang dazu angeregt, eine nicht verpflichtende Vermutung über den Grund seines mangelnden Stolzempfindens zu äußern, sodass er hinsichtlich der Verbindlichkeit seiner Antwort entlastet wird. Mit beiden kollaborativen Erklärungsfindungsfragen schließen die Therapeuten also konstruktiv an die dispräferierten Teile der jeweiligen Vorgängeräußerungen an, indem sie versuchen, die problematischen Erfahrungen der Patienten vertiefend zu explorieren und dadurch besser zu verstehen. Anders als in T3_1 (3) wird die thematische Agenda der Lösungsorientierten Frage in späterer Sequenzposition jedoch nicht nochmals aufgegriffen. Stattdessen werden die Relevanzsetzungen der Patienten aus einer anderen Perspektive fokussiert. Über den Rückschritt zu Explorationsaktivitäten wird die Lösungsorientierung damit aufgehoben und die widerständigen Aspekte der jeweiligen Antworten werden im weiteren Verlauf genauer beleuchtet.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die thematische Agenda der vorhergehenden Sequenzpositionen im Rahmen von Fokusverlagerungen modifiziert und der jeweilige Redegegenstand aus einer anderen

Perspektive betrachtet wird. Damit wird der resistente Teil der Antwort auch hier nicht explizit thematisiert, sondern über einen thematischen Umweg bearbeitet oder anhand von Anschlussfragen aus einem anderen Blickwinkel vertiefend exploriert.

7.1.4 Zwischenergebnisse

Es hat sich gezeigt, dass expansionsinitiierende Reaktionen mit 14 Fällen mehr als die Hälfte der insgesamt 26 analysierten Sequenzen darstellen. Die Therapeuten reagieren dabei in jeweils affiliativer oder neutraler Art und Weise auf die widerständigen Patientendarstellungen aus zweiter Position und greifen einzelne Aspekte aus der Vorgängeräußerung konstruktiv auf. Muntigl und Zabala kommen in ihrer Studie zu einem ähnlichen Ergebnis und stellen fest: „elicitation was consistently performed in an affiliative manner or at least in a neutral manner that avoided social actions of *disagreement, accusation, and so on*“ (2008: 221; Hervorh. im Original). Anstatt die widerständigen Antworten offen zu thematisieren oder problematisieren, wird hier im Sinne einer Herstellung und Aufrechterhaltung der therapeutischen Allianz folglich auf patientenzentrierte Techniken zurückgegriffen, die thematische Agenda des Patienten angenommen und im weiteren Verlauf vertieft. Entsprechend der Dispräferiertheit der Antworten schließen die Therapeuten dabei in der Regel mit expandierten, nicht-minimalen Post-Expansionen an, die wiederum responsive zweite Paarteile konditionell relevant setzen.

Für expansionsinitiierende Reaktionen konnten drei rekurrente Typen identifiziert werden: Interpretative Elaborationen, die die Patientendarstellung gedanklich weiter ausführen und ein bestimmtes Verständnis bezüglich der Patientenantwort dokumentieren, Expansionsanforderungen, die einen spezifischen Aspekt der Antwort zur Präzisierung oder Konkretisierung konditionell relevant setzen und Fokusverlagerungen, die den Redegegenstand aus einer anderen Perspektive fokussieren. Alle drei Varianten weisen eine starke Patientenorientierung im Sinne des *recipient design* auf und schließen strukturell an die widerständigen responsiven Handlungen aus zweiter Sequenzposition an, indem sie deren Foki weitgehend übernehmen und diesbezüglich einen Expansionsprozess einleiten. Der ursprünglich durch die lösungsorientierte Frage projizierte

Handlungsauftrag rückt somit zugunsten therapeutisch relevanter Aspekte aus der Patientenantwort in den Hintergrund. Anders verhält es sich mit der zweiten Gruppe des therapeutischen Widerstandsmanagements, den reparaturinitiierenden Reaktionen.

7.2 Reparaturinitiierende Reaktionen

Unter reparaturinitiierenden Reaktionen werden reaktive therapeutische Sprachhandlungen verstanden, die die patientenseitige Vorgängeräußerung als problematisch oder unzureichend behandeln. Der Widerstand wird demnach nicht akzeptiert, sondern hinsichtlich seiner psychotherapeutischen Relevanz (explizit oder implizit) als solcher angezeigt und in den Fokus gerückt. Die Therapeuten reagieren dabei mit problematisierenden, kritischen, ablehnenden oder nachfragenden Äußerungen, die zum Teil eine den strukturellen und inhaltlichen Anforderungen der jeweiligen lösungsorientierten Frage entsprechende optimierte Antwort konditionell relevant setzen.

Wird ein bestimmtes Element innerhalb eines Beitrags als problematisch markiert und somit zum Gegenstand interaktiver Bearbeitung gemacht, so handelt es sich im konversationsanalytischen Sinne um Reparaturen. Konkret bezieht sich der Begriff „auf interaktive Ereignisse, die von den Beteiligten selbst als reparaturbedürftig behandelt werden“ (Stukenbrock 2013: 241), unabhängig davon, ob es sich dabei objektiv tatsächlich um Problemquellen oder Fehler handelt oder nicht. Die jeweiligen Störungen können in der Sprachproduktion oder -rezeption sowie in intersubjektiven Hör- oder Verstehensschwierigkeiten bestehen. Konversationsanalytische Untersuchungen konzentrieren sich in diesem Zusammenhang auf die „Verfahren, mittels derer Gesprächsbeteiligte potenzielle oder aktuelle Problemquellen identifizieren und interaktiv bearbeiten, um im Verständigungsprozess Intersubjektivität wieder herzustellen“ (ebd.: 242). Unterschieden wird dabei prinzipiell, wer – der gegen-

wärtige Sprecher selbst oder ein anderer Gesprächsteilnehmer – die Reparatur durchführt (Selbst- vs. Fremdreparatur) und durch wen sie initiiert wird (Selbst- vs. Fremddinitiiierung).²⁰

Für die nachfolgenden Beispielanalysen ist insbesondere die Gruppe der Fremddinitiiierungen näher zu betrachten. Hierbei wird ein Problem des Hörens oder Verstehens bezüglich (eines Teils) der problematischen, meist unmittelbar vorhergehenden Äußerung – des sogenannten Reparaturums (engl. *trouble source*) – angezeigt, welches im Rahmen der anschließenden Reparaturdurchführung behoben werden soll (vgl. Egbert 2009: 98). Fremddinitiiierungen können dabei entweder die durch die Problemquelle gekennzeichnete, gesamte Äußerung oder lediglich einen spezifischen Teil daraus als reparaturbedürftig markieren. Dementsprechend wird zwischen unspezifischen und spezifischen Reparaturinitiiierungen unterschieden. Erstere, wie „Bitte?“ oder „Was?“, „beziehen sich auf den gesamten Turn und unterscheiden nicht, ob ein Problem des Hörens oder Verstehens vorliegt“ (ebd.: 99), wohingegen spezifischere Formen, wie Teilwiederholungen oder Verstehensversuche die Problemquelle der jeweiligen Äußerung präzise eingrenzen.

Anders als für Fremddinitiiierungen üblich besteht bei den jeweiligen therapeutischen Reaktionen auf kommunikativen Patientenwiderstand aus dem vorliegenden Korpus kein Problem des Hörens oder Verstehens. Vielmehr handelt es sich hierbei um spannungsgeladene, konfliktäre Situationen, die durch die Fremddinitiiierungen gelöst werden sollen (vgl. ebd.: 122 ff.). Schegloff stellt in diesem Kontext fest: „other-initiated repair sequences often serve as vehicles for the expression of disagreement“ (2007: 151). Dadurch wird der zweite Teil der Lösungsorientierten Fragen-Paarsequenz nachträglich als dispräferiert markiert und hinterfragt bzw. als unzureichend angezeigt und der Patient somit auf die Reparaturbedürftigkeit seiner Antwort hingewiesen. Sequenziell stellen Fremddinitiiierungen, die nach dem zweiten Teil einer Paarsequenz erfol-

²⁰ Da sich die hier analysierten Sequenzen auf Fremddinitiiierungen beschränken und die jeweiligen Reparaturdurchführungen selbst eine untergeordnete Rolle spielen, wird an dieser Stelle auf eine eingehende Vorstellung der unterschiedlichen Reparaturtypen verzichtet. Eine umfassende Darstellung des Reparaturmechanismus liefern Egbert (2009) oder Stukenbrock (2013: 241 ff.).

gen, stets den Beginn einer Post-Expansion dar und bilden damit wiederum die erste Position eines neuen Nachbarschaftspaars (vgl. ebd.: 149). In den Daten lassen sich zwei Typen reparaturinitiierender Reaktionen unterscheiden: kritische Interventionen und persistente Nachfragen.

7.2.1 Kritische Intervention

Mit kritischen Interventionen indizieren Therapeuten, dass das Gesagte die konditionelle Relevanz der Lösungsorientierten Frage nicht erfüllt oder einzelne Aspekte der Patientenäußerung als problematisch und korrekturbedürftig erachtet werden. Als spezifische Reparaturinitiierung wird die therapeutische Äußerung hierbei „designed as one that is disjunctive in relation to the preceding patient elaboration, and it openly proposes some redirection of the talk“ (Peräkylä 2011: 304). Der Therapeut problematisiert in diesem Zusammenhang einzelne Aspekte der Vorgängeräußerung explizit oder implizit, wodurch die Möglichkeit einer direkten Bearbeitung der dispräferierten Antworten entsteht.

Für OPD-Gespräche wird Konfrontation neben Klärung und Deutung als zentrale therapeutische Interventionsstrategie der unstrukturiert-offenen Gesprächsphasen angeführt (vgl. Arbeitskreis OPD 2014: 290). Solch konfrontative Sprachhandlungen machen den Patienten auf unbewusste oder widersprüchliche Inhalte aufmerksam und implizieren „eine deutliche Infragestellung seiner Wahrnehmung und seines Verhaltens“ (ebd.). Die für den Patienten selbstverständlichen oder unbedenklichen Aspekte seiner Darstellungen werden so offen kritisiert und kommunikativer Widerstand geradezu provoziert, um problematische Erlebens- oder Verhaltensaspekte aufzudecken, in der Therapie zu behandeln und dem Patienten alternative Sichtweisen anzubieten. Langfristig soll ihm dadurch zu einem erweiterten Bewusstsein bzw. einer Wissensumstrukturierung seiner Erfahrungen und Gefühle verholfen werden.

Im vorliegenden Korpus kommt es in insgesamt vier Fällen zu kritischen Interventionen, die jeweils auf eine partiell konforme Antwort, zwei *answer-like* und eine *non-answer response* erfolgen. Das Widerstandspotenzial ist bei diesen responsiven Handlungen deutlich stärker ausgeprägt als bei den bislang betrachteten Patientenantworten. Ein Beispiel zur Veranschaulichung ist folgender Ausschnitt, der aus dem gleichen Gespräch

stammt wie die in Kapitel 7.1.1 und 7.1.3 diskutierten Beispiele. Im Verlauf der Sequenz wird das Thema des Alleinseins behandelt, wobei der Patient erklärt, er fände das Leben ohne andere Menschen an seiner Seite nicht lebenswert und möchte seine positiven Erlebnisse stets mit anderen teilen. Daraufhin erkundigt sich der Therapeut, ob er ein *inneres verbot* (Z. 388) verspüre, das es ihm verbiete sich alleine an Dingen zu erfreuen. Dies wird vom Patienten jedoch verneint. Weiter berichtet er, er habe *nur_s gefühl dass ich meine freude immer mit jemandem teilen (müsst) also (.) °h* (Z. 400). Die abschließende Reformulierungspartikel *also* sowie das Einatmen lassen dabei eine Fortsetzung seines Turns vermuten, so dass der Therapeut lediglich einen *continuer* verbalisiert.

Daraufhin entsteht eine außergewöhnlich lange Pause von über zehn Sekunden. Die Tatsache, dass der Therapeut hier nicht das Rederecht ergreift und dem Patienten die Stille gewährt, lässt vermuten, dass er ihn indirekt zur Expansion auffordert. Da der Patient jedoch keine Anzeichen einer Turnerweiterung zu erkennen gibt, führt der Therapeut die Patientenäußerung in Form einer *extension* schließlich inhaltlich fort und zeigt ihm dadurch die problematische Konsequenz seines Verhaltens auf: *wodurch sie natürlich immer wieder angewiesen sind darauf dass jemand (.) [auch da is] und °h ((schmatzt)) auch ihre freude teilen will und sich genauso drüber freuen möchte* (Z. 404-407). Im Laufe dieser problematisierenden Konfrontation äußert der Patient mehrere Bestätigungspartikel (*ja* Z. 405, 406, *genau ja* Z. 408), die seine grundsätzliche Zustimmung zum Ausdruck bringen und die therapeutische *extension* ratifizieren. Nichtsdestotrotz kommt er auch hier der impliziten Expansionsaufforderung nicht nach, sodass es erneut zu einer stockenden Gesprächsdynamik kommt, welcher der Therapeut mit folgender Lösungsorientierten Frage entgegenwirkt:

Beispiel 9: T3_1 (2)

{01:07:50} 414 T ((schmatzt)) °h wie hätten sie_s denn
gern

{01:07:51} 415 (1.2)

{01:07:53} 416 T wenn sie (.) °h (.) sagen würden

{01:07:55} 417 (0.9)

{01:07:55} 418 T (was/das) (.) was sie an sich verändern können

{01:07:57} 419 (0.3)

{01:07:58} 420 T ich mein jetzt nich die beschwerden des is klar

Der Therapeut benötigt dabei mehrere Formulierungsschübe, die jeweils durch längere Pausen unterbrochen werden, was zur insgesamt äußerst zögerlichen Formulierungsdynamik der Lösungsorientierten Frage beiträgt. Die einleitende W-Frage (Z. 414) ist dabei sehr vage gehalten und lässt nicht direkt erkennen, worauf sich der Therapeut genau bezieht. Nach einer Pause von 1.2 Sekunden fährt er daher mit einem konjunktivisch formulierten Konditionalsatz fort, der selbst wiederum von mehreren (Mikro-)Pausen sowie hörbarem Einatmen unterbrochen wird (Z. 416-418) und dem Redegegenstand eine fehlende Faktizität verleiht (vgl. Leirbukt 2008: 27). Damit etabliert der Therapeut den für Lösungsorientierte Fragen charakteristischen, hypothetischen Rahmen, um die emotionale Betroffenheit des Patienten zu respektieren und ihm die Verbalisierung einer unverbindlichen Lösungsformulierung zu erleichtern. Inhaltlich bezieht sich die Lösungsorientierte Frage auf die Veränderungswünsche des Patienten, insbesondere auf Dinge, die er an sich selbst verändern möchte. Insgesamt ist die Frage jedoch relativ offengehalten und gewährt dem Patienten einen breiten Antwortspielraum, der lediglich seine körperlichen Beschwerden ausschließt.

{01:07:59} 421 P hmhm

{01:07:60} 422 (1.0)

{01:08:01} 423 P was ich [an mir ver]ändern soll

{01:08:01} 424 T [+++ +++ +++ +++]

{01:08:02} 425 (2.2)

{01:08:04} 426 P hh°

{01:08:05} 427 (0.5)
{01:08:05} 428 P ähm
{01:08:06} 429 (0.2)
{01:08:06} 430 P ((schmatzt)) ob ich des jemals verändern
kann dass ich
{01:08:08} 431 (1.8)
{01:08:10} 432 P hm hm ungern alleine bin des weiß ich
nich °hh]
{01:08:13} 433 T
hm]
{01:08:13} 434 (0.4)
{01:08:14} 435 P ich weiß auch nich ob ich_s (darauf) also
also ob ich_s ändern will weil (.) äh ich
genieß des ja (wenn) ich
{01:08:18} 436 (1.1)
{01:08:19} 437 P leuten die mir wichtig sin irgendwa (.)
irgendwas zu unternehmen oder
{01:08:23} 438 T hmhm
{01:08:23} 439 P °h (.) dass die bei mir sin oder

Unmittelbar auf die Lösungsorientierte Frage folgt ein Ratifikationssignal vonseiten des Patienten sowie eine merkliche Pause von 1.0 Sekunden und eine Wiederholung des konkreten Wortlauts des Therapeuten (Z. 421-423). Auf diese Weise dokumentiert der Patient sein Verständnis bezüglich der therapeutischen Frage, beansprucht das Rederecht während der entstehenden Lücke für sich und signalisiert, dass er sich im Überlegungsprozess befindet. Gleichzeitig wird die Lösungsorientierte Frage vom Therapeuten in Zeile 424 jedoch mit unverständlichem Wortlaut weitergeführt, sodass es zu einer partiellen Überlappung und in der Folge zu einigen Verzögerungen des Patienten in Form von mehreren Pausen, hörbarem Ausatmen und einer Partikel (*ähm* Z. 428) kommt. Diese Verzögerungssignale können allerdings auch auf eine andere Ursache, nämlich auf patientenseitige Formulierungsschwierigkeiten zurückzuführen

sein, wonach eine folgende dispräferierte Antwort zu erwarten wäre (vgl. Levinson 2000: 363).

Tatsächlich schließt der Patient daraufhin nicht mit Veränderungswünschen an, sondern zweifelt an seiner Fähigkeit, sich bezüglich der Thematik des Alleinseins ändern zu können. Der Widerstand wird dabei durch die Äußerung des Nichtwissens um seine Veränderungsfähigkeit ganz offen angezeigt, sodass die Antwort als *non-answer response* einzustufen ist. Seine skeptische und zugleich differenzierte Sichtweise wird in diesem Kontext durch die einleitende Konjunktion *ob* eingeleitet und in Form einer indirekten Fragekonstruktion zum Ausdruck gebracht (*ob ich des jemals verändern kann* Z. 430). Inhaltlich bezieht er sich interessanterweise auf das im Vorlauf behandelte Thema, ohne dass dies durch die lösungsorientierte Frage konkret erfragt wurde. In diesem Zusammenhang wird die Unfähigkeit zur Veränderung durch das Modalverb *können* impliziert und durch das Adverb *jemals* hervorgehoben, wobei zunächst unklar bleibt, worauf sich *das* genau bezieht.

Diese Unbestimmtheit wird im Rahmen der folgenden Nebensatzkonstruktion gelöst, die mit *dass ich* (Z. 430) begonnen wird, woraufhin es zu einer nahezu zweisekündigen Pause (Z. 431) sowie Verzögerungspartikeln (Z. 432) kommt, bevor der Patient die durch die lösungsorientierte Frage erfragte W-Kategorie schließlich mit *ungern alleine bin* (Z. 432) benennt. Der anfangs implizierte Zweifel wird daraufhin durch eine *Ich-weiß-nicht*-Konstruktion explizit zum Ausdruck gebracht, wobei in diesem Zusammenhang weniger von „echtem“, epistemischem Nichtwissen als vielmehr von einer pragmatischen Verwendung auszugehen ist. Demnach kommuniziert der Patient seine Unsicherheit in Bezug auf die durch die lösungsorientierte Frage etablierte Veränderungsthematik, die jedoch nicht als tatsächliche Unsicherheit, sondern eher als Abschwächung seines implizierten Widerspruchs zu deuten ist (vgl. Stremlau 2017: 21). Anhand der turnfinalen *Ich-weiß-nicht*-Konstruktion gibt er somit zu erkennen, dass er sich über die Dispräferiertheit seiner Antwort bewusst ist, sich aber nicht planvoll unkooperativ verhält und den Widerspruch gegen die Therapeutenformulierung abzumildern intendiert. Die steigende Intonation sowie das Einatmen am Ende seiner TCU lassen vermuten, dass sein Turn noch nicht abgeschlossen ist und er das Rederecht behalten möchte.

So führt er seinen Widerstand nach einer kurzen Pause fort, indem er erklärt: *ich weiß auch nich ob ich_s (darauf) also also ob ich_s ändern will* (Z. 435). Auch hier fungiert die turninitiale *Ich-weiß-nicht*-Konstruktion als pragmatischer Marker und bereitet den Therapeuten auf interaktional problematische Elemente vor (vgl. Strelau 2017: 20). Dabei wird die zuvor durch das Modalverb *können* implizierte Handlungsunfähigkeit in einen expliziten Handlungsunwillen transformiert, womit ein stärkerer Widerstandsgrad einhergeht. Auf diese Weise zeigt sich der Patient zunehmend unkooperativ und beendet seinen Turn schließlich mit einer Begründung seiner widerständigen Haltung – einem weiteren Anhaltspunkt dispräferierter Antworten (vgl. Levinson 2000: 363). So genieße er es, mit *leuten die mir wichtig sin irgendwa (.) irgendwas zu unternehmen oder °h (.) dass die bei mir sin oder* (Z. 437-439). Mit dieser abschließenden Legitimierung seines Handlungswiderstands stellt er die therapeutische Lösungsorientierte Frage hinsichtlich ihrer Relevanz infrage und verweigert eine typ-konforme Antwort. Anstatt den Versuch einer Zukunftsprojektion zu unternehmen, transformiert er die Agenda der Lösungsorientierten Frage also Schritt für Schritt und weicht ihr damit thematisch in zunehmendem Maße aus.

{01:08:25} 440 (1.7)

{01:08:26} 441 P °hh

{01:08:27} 442 T ((schnalzt)) aber sie laufen ja schon
gefahr °h

{01:08:29} 443 (0.3)

{01:08:29} 444 T ähm

{01:08:30} 445 (0.6)

{01:08:30} 446 T sich immer wieder von andern abhängig zu
machen da[durch]

{01:08:32} 447 P
[j]a (.) auf jeden f[all](.) °hh

{01:08:33} 448 T [dass]

{01:08:34} 449 T jemand da sein muss wie so ne infusion °h

{01:08:36} 450 P hmhm
{01:08:36} 451 (0.1)
{01:08:37} 452 T un_wenn die abgenommen wird dann ham sie angst dass (.) dass es schlimm wird
{01:08:39} 453 P (.) ja
{01:08:40} 454 (0.3)
{01:08:40} 455 P ((schmatzt)) °hh ja des stimmt also ich erhoff mir schon dass ich irgendwo halt auch selbstständig sein kann dass ich
{01:08:45} 456 (0.5)
{01:08:46} 457 P ((schmatzt)) un_eigenständig (.) un ohne ängste un ohne heimweh äh [nenn ich_s jetzt]mal °h (.) irgendwo hingehn kann meine (.) eigenen ziele verfol[gen]oder so
{01:08:49} 458 T [hmhm]
{01:08:53} 459 T [hmhm]
{01:08:54} 460 T (.) ((schmatzt)) wie leben sie denn grade eigentlich

Nach einer deutlich merklichen Pause von 1.7 Sekunden schließt der Therapeut daraufhin mit einer *rephrasing formulation* an die Vorgängergäußerung an und problematisiert die Antwort des Patienten dahingehend, dass er *ja schon* Gefahr laufe, (0.3) *ähm* (0.6) *sich immer wieder von andern abhängig zu machen* (Z. 442-446). Auf der sprachlichen Oberfläche wird der therapeutische Widerspruch dabei durch die einleitende adversative Konjunktion *aber* sowie durch die Formulierung *sie laufen ja schon gefahr* angekündigt (Z. 442). Mit der Modalpartikelkombination *ja schon* wird zudem signalisiert, dass es sich hierbei um einen für Sprecher und Hörer bekannten Sachverhalt handelt, der in Teilen zurückgewiesen und damit nicht akzeptiert wird (vgl. Thurmair 1989: 212). In der Tat weist der Therapeut den Patienten bereits im Vorlauf der Sequenz auf seine drohende Abhängigkeit hin, die sich als Konsequenz aus seinem Verhalten ergebe, seine Freude stets mit andere teilen zu wollen (Z. 404-407).

Die Pause in Zeile 443, sowie die Verzögerungspartikel *ähm* (Z. 444) und die erneute Stille in Zeile 445 tragen dabei zur zögerlichen Formulierungsdynamik der therapeutischen Äußerung bei. Es kann vermutet werden, dass diese stockende Sprechweise auf eine unklare Zuweisung des Rederechts zurückzuführen ist, insofern die durch die Konjunktion *oder* (Z. 439) implizierte unabgeschlossene syntaktische Struktur der patientenseitigen Vorgängeräußerung eine Weiterführung der Patientenantwort erwarten lässt. Nichtsdestotrotz führt der Therapeut seinen Turn in Zeile 446 mit der subordinierten TCU *sich immer wieder von andern abhängig zu machen da[durch]* fort und expliziert damit die in der vorherigen TCU angekündigte Gefahr. Mit der Extremformulierung *immer wieder* (Z. 446) betont er zudem, dass es sich hierbei um ein repetitives Muster handelt, welches den Patienten wiederkehrend zu konfrontieren droht.

Am Ende der TCU kommt es zu einer partiellen Überlappung mit einem Ratifikationssignal des Patienten (*ja* Z. 447), der seiner Zustimmung nach einer Mikropause verstärkt Nachdruck verleiht (*auf jeden f[all]* Z. 447) und den Therapeuten somit in seiner Auffassung bestätigt. Letzterer fährt mit der konsekutiven *exaggerating formulation [dass] jemand da sein muss wie so ne infusion* (Z. 448-449) fort, womit er die Bedingung für die drohende Abhängigkeit des Patienten expliziert. Dabei handelt es sich um eine übersteigerte Reformulierung der Patientenschilderung aus Zeile 435-439, die dazu dient, dem Patienten „die Absurdität und [...] Negativität seiner Wahrnehmung vorzuführen, die damit zugleich in Frage gestellt wird“ (Marciniak et al. 2016: 7). Auf diese Weise versucht er eine Ablehnungsreaktion im Patienten zu erzeugen, um ihn zu einer kritischen Reflexion seines Verhaltens zu animieren. Dieser äußert in der Folge ein weiteres Ratifikationssignal (Z. 450), womit er die *exaggerating formulation* des Therapeuten legitimiert, das Rederecht an der anschließenden TRP dennoch nicht übernimmt, sodass der Therapeut seinen Turn fortsetzt, indem er dem Patienten die Konsequenzen seiner drohenden Abhängigkeit aufzeigt (*un_wenn die abgenommen wird dann ham sie angst dass* (.) *dass es schlimm wird* Z. 452). Insgesamt kommt es in dritter Sequenzposition damit zu keiner Wiederholung oder Reformulierung der lösungsorientierten Frage. Vielmehr wird der Handlungswiderstand des Patien-

ten als Auslöser für potenziell problematische Folgen dargestellt und explizit angezweifelt, um eine überarbeitete Version der dispräferierten Antwort zu evozieren.

Nach einer Mikropause folgt eine weitere, nachdrücklich betonte Ratifikation des Patienten ((.) ja (0.3) ((schmatzt)) °hh ja des stimmt Z. 453-455), die schließlich eine nahezu optimierte Antwort nach sich zieht. So fügt er hinzu, er erhoffe sich *schon dass ich irgendwo halt auch selbstständig sein kann [...] un_eigenständig (.) un ohne ängste un ohne heimweh äh [nenn ich_s jetzt]mal °h (.) irgendwo hingehn kann meine (.) eigenen ziele verfol[gen]oder so* (Z. 455-457). Bercelli, Rossano und Viaro sprechen in diesem Zusammenhang von *extended agreements*, „through which clients provide autobiographical material as evidence accounting for their agreement with the therapists’ reinterpretations“ (2008: 43). Mit dieser erweiterten Zustimmung wird einerseits angezeigt, wie die Vorgängeräußerung verstanden wurde, andererseits zeigt sich dadurch eine erweiterte Perspektive des Patienten auf seine Wunschvorstellung, die ihm scheinbar erst durch die kritische Stellungnahme des Therapeuten eröffnet wurde. Infolge der therapeutischen Intervention wird die lösungsorientierte Frage somit zwar nicht direkt beantwortet, da eher individuelle Ziele anstatt Veränderungswünsche genannt und in einer sehr zögerlichen und vagen Formulierungsweise geäußert werden. Der direkte Widerstand des Patienten wird dennoch erfolgreich abgewendet und in eine *answer-like response* mit einem deutlich reduzierten Handlungswiderstand transformiert, die zumindest in Teilen an die Ausgangsfrage anschließt.

In Überlappung mit der erweiterten Zustimmung äußert der Therapeut zwei Rückmeldesignale (*hmhm* Z. 458, 459) und bekräftigt den Patienten damit in seiner expandierten Antwort, bevor er schließlich einen Themenwechsel initiiert. Die kritische Intervention scheint demzufolge eine patientenseitige Bewusstseinsweiterung bzw. Wissensumstrukturierung bezüglich seiner Veränderungsvorstellung zu bewirken, wodurch sein anfänglich indizierter Widerstand erfolgreich überwunden werden kann.

Eine solch wirksame Therapeutenintervention im Sinne einer nachträglich elizitierten optimierten Antwort findet sich in dieser Kategorie allerdings kein weiteres Mal. In den restlichen Ausschnitten wird der Widerstand entweder fortgeführt oder es folgt eine minimale Redeannahme,

die jedoch nicht expandiert wird, sodass der Therapeut erneut das Rede-recht ergreift und einen Themenwechsel initiiert. Dies mag auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass die anderen Gesprächsausschnitte alle aus demselben Interview mit der gleichen Patientin stammen (T3_2), die sich durch die gesamte Sitzung hinweg äußerst widerständig verhält und wenig Kooperationsbereitschaft demonstriert. Wie die folgenden Beispiele zeigen, entgegnet der Therapeut diesem Verhalten jeweils weniger offen-siv als in der eben dargestellten Sequenz.

Beispiel 10: T3_2 (1)

{34:07} 182 T ((schnalzt)) mit (.) mit was für_ner °h
{34:08} 183 (0.4)
{34:09} 184 T einstellung sind sie denn gekommen
{34:10} 185 (0.2)
{34:11} 186 T ich mein (.) was erhoffen sie sich oder was
{34:12} 187 (0.5)
{34:13} 188 T würden sie sich wünschen (.) °h
sof[ern sie sich über]haupt_n wunsch
zugestehen dürfen
{34:14} 189 P [ich]
{34:16} 190 P hm des
{34:16} 191 (0.2)
{34:17} 192 P geht schon gar nicht weil mir wurd der gleich
(genommen) ((lacht)) hh° ich bin eigentlich
so mit dem
{34:21} 193 (1.0)
{34:22} 194 P wunsch oder dinge (.) im hirn gekommen ähm
{34:25} 195 (0.2)
{34:25} 196 P dass ich vergessen kann
{34:26} 197 (0.3)
{34:27} 198 T hmhm

{34:27} 199 (0.2)

{34:27} 200 T °hhh]

{34:28} 201 P dass ich wir]klich (.) ((schnalzt)) (.)
vergessen kann

{34:30} 202 (0.4)

{34:30} 203 P °hh aber (so en fall) geht nich ich kann nur
lernen damit umzugehen

{34:34} 204 T hmhm

{34:34} 205 P aber

{34:35} 206 (0.3)

{34:35} 207 T ((schmatzt)) °hh des wär schön wenn man
einfach nochmal ganz von vorn anfangen
könnte und alle[s (.) vergess]en wieder °hh
was es an (.) schwierigen sachen an (.) an
kränkungen an an °h [((unverständlich))
]

{34:39} 208 P [h° ja]

{34:43} 209 P [ich weiß nur nich (wirklich)] wie ich damit
umgehen soll (.) ähm ich [wüsst nich wie
ich] das aufbauen könnte

{34:45} 210 T [hmhm]

In dieser Gesprächssequenz reagiert die Patientin auf die Lösungsorientierte Frage nach Therapiewünschen zunächst höchst widerständig, indem sie sich gegen die therapeutische Agenda wehrt und berichtet, sie dürfe sich überhaupt keinen Wunsch zugestehen. Nichtsdestotrotz äußert sie unmittelbar im Anschluss einen konkreten Wunsch (Z. 192-196), der durch die Partikel *eigentlich* sowie die auf prosodischer Ebene deutlich reduzierte Lautstärke an der Stelle des propositionalen Fokus (*vergessen kann* Z. 196) relativiert wird. Gleichzeitig wird der Dringlichkeit dieser Wunschvorstellung durch eine Wiederholung des subordinierten Nebensatzes nachträglich Ausdruck verliehen und mit der Extremformulierung *wirklich* sowie einer Hervorhebungspause zusätzlich intensiviert (*dass ich wirklich (.) ((schnalzt)) (.) vergessen kann* Z. 201). Die zuvor durch das

Modaladverbial *eigentlich* vermittelte „Diskrepanz zwischen dem Bewusstsein der Notwendigkeit der betreffenden Maßnahme und dem gleichzeitigen Wissen um die Schwierigkeit der Umsetzung“ (Mack et al. 2016: 85) wird von der Patientin schließlich expliziert, indem sie die Verwirklichung ihres Wunsches als nicht realisierbar darstellt und schließlich feststellt, sie könne nur lernen damit umzugehen (Z. 203). Die inhaltlich präferierte Antwort wird demnach durch einen ausgeprägten Handlungswiderstand gerahmt, sodass hierbei von einer partiell konformen Antwort ausgegangen werden kann.

Der Therapeut scheint den problematischen Gehalt der Äußerung zu erkennen und bestätigt nach einer kurzen Pause: *des wär schön wenn man einfach nochmal ganz von vorn anfangen könnte und alle[s (.) vergess]en wieder °hh was es an (.) schwierigen sachen an (.) an kränkungen an an °h [((unverständlich))* (Z. 207). Anhand der positiven Formulierung *des wär schön* legitimiert und würdigt er die Sichtweise der Patientin und schließt gleichzeitig an die lösungsorientierte Ausrichtung der lösungsorientierten Frage an. Allerdings verleiht er dem Redegegenstand durch das irrationale Konditionalsatzgefüge in Verbindung mit der konjunktivischen Formulierung eine fehlende Faktizität (vgl. Leirbukt 2008: 27) und suggeriert auf diese Weise, dass der von der Patientin geäußerte Wunsch nicht mit der Realität vereinbar ist.

Interessanterweise bezieht sich die Kritik in diesem Ausschnitt demnach nicht auf den widerständigen, sondern vielmehr auf den inhaltlich präferierten Teil der Antwort, dessen Proposition hinsichtlich ihrer Umsetzung hinterfragt wird. Wie im vorigen Beispiel wird zudem auch hier die Wahrnehmung der Patientin durch die Extremformulierungen *einfach, ganz von vorn* und *alles vergessen* übersteigert dargestellt, um ihr die Absurdität ihrer absoluten Denkweise vor Augen zu führen und sie diesbezüglich zu einer kritischen Reflexion anzuregen. Insgesamt artikuliert der Therapeut seine Äußerung damit als solche, die nicht explizit im Widerspruch zu dem steht, was bereits gesagt wurde, sondern als etwas, das sich aus der Vorgängeräußerung der Patientin ergibt, gleichzeitig aber nicht mit deren Proposition vereinbar ist.

Ähnlich verhält es sich auch im nächsten Beispiel, in dem die Lösungsorientierte Frage ebenfalls als Wunschfrage in Form einer V1-Konstruktion realisiert wird und sich auf die Absicht der Patientin bezieht, Hilfe in der Therapie annehmen zu wollen:

Beispiel 11: T3_2 (5)

{01:19:28} 1038 P ich weiß einfach nich wie ich das
irgendwie so zulassen kann (.) [das
ers]te mal hilfe annehmen

{01:19:31} 1039 T [hmhm]

{01:19:32} 1040 (0.2)

{01:19:32} 1041 T °h [wär das en thema für]sie

{01:19:33} 1042 P [(unverständlich)]

{01:19:34} 1043 P ((schnieft))

{01:19:34} 1044 (0.5)

{01:19:35} 1045 T das sie gern bearbeiten möchten hier

{01:19:36} 1046 (2.3)

{01:19:39} 1047 P ja

{01:19:39} 1048 (0.2)

{01:19:39} 1049 P irgendwie +++ schon aber irgendwie weiß
ich nich wie man des bearbeiten soll

{01:19:42} 1050 T (.) hmhm

{01:19:42} 1051 (1.4)

{01:19:44} 1052 P [also ich wür]d gern sagen ja ich (.) so
im (zeitpunkt) ja ich würd des wirklich
so hundertprozent ohne (nebengedanken
ich möchte die) hilfe und ich möcht_s
annehmen und °hh]

{01:19:44} 1053 T [hmhm]

Die Lösungsorientierte Frage wird von der Patientin zwar ratifiziert, unmittelbar daraufhin jedoch relativiert und abgeschwächt (*ja (0.2) irgendwie +++ schon* Z. 1047-1049). Der hierdurch angedeutete Handlungswiderstand wird anschließend durch eine epistemisch motivierte *Ich-weiß-nicht*-Konstruktion bezüglich der Umsetzung dieser Absicht expliziert, wobei der adversative Konnektor *aber* sowie die Vagheitspartikel *irgendwie* folgenden Widerstand ankündigen (*aber irgendwie weiß ich nich wie man des bearbeiten soll* Z. 1049). Die absolute Denkweise der Patientin kommt schließlich auch in diesem Ausschnitt zum Ausdruck, insofern sie weiter berichtet, sie würde die Hilfe gerne zu hundert Prozent und ohne Nebengedanken annehmen (Z. 1052). Durch die konjunktivische Formulierung schafft sie in diesem Zusammenhang eine hypothetische Distanz und suggeriert, dass sie sich nicht in der Lage sieht, diesen Wunschgedanken in die Tat umzusetzen.

{01:19:51} 1054 T aber das

{01:19:52} 1055 (0.3)

{01:19:52} 1056 T find ich erstaunlich weil °h

{01:19:53} 1057 (0.5)

{01:19:54} 1058 T ähm

{01:19:54} 1059 (0.2)

{01:19:54} 1060 T ich wüsste gar nich wie das geht (.)
dass man

{01:19:56} 1061 (0.3)

{01:19:57} 1062 T zu hundert prozent ohne (null gedanken
rangehen) kann

{01:19:59} 1063 (0.3)

{01:19:60} 1064 P ich auch nich aber ich will das kriegen
(lacht)

{01:20:02} 1065 T ja und wenn

{01:20:03} 1066 (0.2)

{01:20:03} 1067 T und wenn sie die hilfe annehmen obwohl
sie (.) hintergedanken haben und

vielleicht nicht zu hundert prozent sicher sind

{01:20:07} 1068 (0.7)

{01:20:08} 1069 P naja glaub ich des is ja des was ich schon die ganze zeit hatt ich kann mich da noch nich so drauf einlassen

{01:20:12} 1070 T hmhm

Ohne dass ein TRC zustande kommt, übernimmt der Therapeut an dieser Stelle in partieller Überlappung mit dem fortlaufenden Turn der Patientin das Rederecht. Dabei setzt er zu einer kritischen Intervention an, mit der er ihre extreme Denkweise erneut problematisiert und die Realisierbarkeit ihres Wunsches anzweifelt: *aber] das (0.3) find ich erstaunlich weil °h (0.5) ähm (0.2) ich wüsste gar nich wie das geht (.) dass man (0.3) zu hundert prozent ohne (null gedanken rangehen) kann (Z. 1054-1062)*. Ähnlich wie im vorigen Beispiel wird die problematisierende Intervention auch hier durch eine Positivformulierung eingeleitet, die konträr zu dem darauffolgenden Einwand steht. Voutilainen und Peräkylä stellen ebenfalls fest: „challenging responses (responses that suggest that the clients’ experience involves something more than what the client said) are preceded by a response that displays empathy“ (2016: 546). Auf diese Weise demonstriert der Therapeut seine empathische Grundhaltung und schwächt seinen Widerspruch bezüglich der Patientenäußerung ab.

Die Tatsache, dass er der Patientin jedoch regelrecht ins Wort fällt, deutet auf die aus therapeutischer Sicht erhöhte Relevanz der Antwort und lässt vermuten, dass er versucht, ihrem Handlungswiderstand entgegenzusteuern. Die Kritik bezieht sich dabei auch in diesem Ausschnitt nicht auf den dispräferierten Teil der Äußerung, sondern auf die fragwürdige Wunschvorstellung der Patientin. Die Umsetzung ihres Wunsches wird in diesem Zusammenhang offen infrage gestellt, wodurch sie mit dem problematischen Material ihrer Antwort im Rahmen einer *highlighting formulation* direkt konfrontiert wird. Formulierungstechnisch geht der Therapeut dabei allerdings sehr behutsam vor, indem er den Wahrheitsanspruch seines Turns durch die Subjektivierungsformulierung

find ich explizit auf seine eigene Person bezieht und somit auf epistemische Autorität verzichtet. Ferner wird der Widerspruch durch die konjunktivische Verwendung des Verbs *wissen* abgeschwächt und dadurch zugleich der durch die Lösungsorientierte Frage etablierte imaginäre Gedankenraum aufrechterhalten, welcher es dem Therapeuten aufgrund der hypothetischen Distanz erleichtert, die Patientin mit unangenehmen Einsichten zu konfrontieren.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass durch kritische Interventionen einzelne Teile der widerständigen Vorgängeräußerungen explizit oder implizit angezweifelt, hinterfragt oder kritisiert werden. Die dispräferierten Antworten werden damit nicht grundsätzlich abgelehnt, sondern lediglich hinsichtlich eines bestimmten Aspekts problematisiert, der sodann in der darauffolgenden strukturellen Position vom Patienten bearbeitet und revidiert werden soll. Wie T3_2 (1) und T3_2 (5) gezeigt haben, beziehen sich die therapeutischen Reaktionen aus dieser Kategorie jedoch nicht ausschließlich auf den widerständigen Teil der responsiven Patientenäußerung, sondern problematisieren zum Teil die inhaltlich präferierten Antwortteile. In jedem Fall aber handelt es sich um therapeutische Widersprüche, die das patientenseitige Angebot nicht annehmen und fortführen, und damit Spannungen in der therapeutischen Allianz riskieren (vgl. Voutiläinen/Peräkylä 2016: 542).

7.2.2 Persistentes Nachfragen

Während bei kritischen Interventionen einzelne Aspekte der Patientendarstellung hinterfragt oder kritisiert werden, wird die Antwort durch persistente Nachfragen insgesamt als problematisch oder unzureichend oder unangemessen bewertet. Bei diesem zweiten Typ reparaturinitiiender Reaktionen handelt es sich somit um unspezifische Reparaturinitiiierungen, die zwar strukturell an die Patientenantwort anschließen, inhaltlich jedoch die Ausgangsfrage aus erster Sequenzposition fokussieren und die Agenda des Patienten ablehnen. Eine ähnliche Beobachtung machen Muntigl und Zabala, die Reformulierungen oder Wiederholungen der Ausgangsfrage infolge dispräferierter Patientenantworten als therapeutische Strategie der Widerstandsbearbeitung beschreiben (vgl. 2008: 208). Dadurch wird der gesamte Turn des Patienten problematisiert und

ein entsprechender Versuch, die Lösungsorientierte Frage „besser“ zu beantworten, erwartet.

In dem untersuchten Korpus lassen sich insgesamt vier solcher Fälle identifizieren, die auf drei *answer-like* und eine *non-answer response* artikuliert werden. Der folgende Gesprächsausschnitt stammt aus dem zweiten Drittel eines Gesprächs mit einem 26-jährigen Patienten, der an Stimmungsschwankungen und Anerkennungsdefiziten leidet (vgl. Bröcher 2017: 65). Die Lösungsorientierte Frage ist dabei thematisch-kontextuell an den Vorlauf der Sequenz gebunden, in dem der arbeitsbezogene Lebenslauf sowie die Lustlosigkeit des Patienten in Bezug auf sein Studium und seine Arbeit besprochen werden. So stellt sich heraus, dass er bereits diverse Studiengänge und Jobs begonnen hat, ihn nach einer gewissen Zeit jedoch stets die Motivation verlässt. Auf eine kollaborative Erklärungsfindungsfrage vonseiten des Therapeuten nach potenziellen Auslösern oder Gründen für diesen Interessensverlust reagiert er mit einer dispräferierten *non-answer response* in Form einer *Ich-weiß-nicht*-Konstruktion und führt die Problembeschreibung anschließend fort, anstatt eine Erklärung zu liefern (Z. 821-837).

Daraufhin leitet der Therapeut einen komplexen Turn ein, mit dem er die Lösungsorientierte Frage kontextuell vorbereitet. Hierbei verallgemeinert und verharmlost er die vom Patienten geschilderte Antriebslosigkeit zunächst, indem er feststellt, Motivationslöcher seien *ja ((Sprechansatz)) was was vielen menschen (.) passiert im (.) äh studium oder sonst wie* (Z. 839-842). Anschließend fährt er fort, um diese Problemsituation zu bewältigen, *gebe es ja °hh für die meisten (0.4) irgendwie dann so ein ziel so ein langfristiges ziel was dann (0.3) ihnen dazu (.) hilft (0.2) durchzuhalten oder so* (Z. 842-848). Damit stellt er dem Patienten ein mögliches Lösungsmittel zur Bewältigung seines Problems zur Seite und schafft die Ausgangsbasis für die im Anschluss eingeleitete Lösungsorientierte Frage:

Beispiel 12: T1_4 (1)

{00:43:50} 848 T1 ((Einatmen, ca. 1.1)) (.) so was (.)
bei ihnen irgendeine idee was sie wo sie
gerne hin möchten

{00:43:57} 849 P ((schmatzt)) ja

{00:43:57} 850 (0.3)

{00:43:58} 851 P [ich hab] eigentlich en klares ziel
aber

{00:43:58} 852 T1 [ja]

Die zögerliche Formulierungsdynamik, die sich im Vorlauf durch diverse Pausen, hörbares Aus- und Einatmen sowie Satzabbrüche und Neustarts abzeichnet, wird im Zuge der Lösungsorientierten Frage weitgehend aufgehoben. Gleichzeitig erfolgt mit der Frage ein Fokuswechsel, welcher die Aufmerksamkeit von anderen Personen hin zum Patienten lenkt. Sprachlich wird dieser unmittelbare Patientenbezug durch die direkte Adressierung in Form des Possessivpronomens *Ihnen* (Z. 848) sowie des zweifach verwendeten Personalpronomens *Sie* (Z. 848) realisiert, womit der Aufforderungscharakter der Frage erhöht wird.

Auffallend ist zudem, dass die Lösungsorientierte Frage in Form einer verblosen V1-Frage anfangs sehr kurz und vage gehalten ist (*so was (.) bei ihnen* Z. 848), im unmittelbaren Anschluss jedoch durch eine weitere elliptische V1-Frage präzisiert wird (*irgendne idee was sie wo sie gerne hin möchten* Z. 848). Hierfür sorgt die eingebettete W-Frage, welche zunächst als Interrogativsatz mit dem Fragepronomen *was* begonnen, daraufhin aber abgebrochen und mit *wo* fortgeführt wird. Durch die konjunktivische Modalverbkonstruktion *gerne möchten* (Z. 848) wird auf die Wunschvorstellung des Patienten angespielt und damit der volitive Charakter der Frage betont. Die zahlreichen Vagheitsindikatoren (*oder sonst wie* Z. 842, *irgenwie* Z. 842, *oder so* Z. 848, *irgendne idee* Z. 848) verleihen der Lösungsorientierten Frage dabei einen sehr vagen, unbestimmten Charakter und entlasten den Patienten hinsichtlich der Genauigkeit seiner Antwortgestaltung. Gleichzeitig wird auf inhaltlicher Ebene jedoch eine expandierte Reaktion eingefordert, die über den formal gesetzten Fragefokus der V1-Entscheidungsfrage hinsichtlich einer bejahenden oder verneinenden Antwort hinausreicht (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 90 f.). Der Patient wird durch die vage Formulierung also bezüglich seiner Antwortverpflichtung einerseits entlastet, andererseits ist die Frage als „Einleitung zur Expansion“ zu verstehen (ebd.: 91).

Mit einer typ-konformen Antwort ratifiziert der Patient die Frage daraufhin unverzüglich ((schmatzt)) *ja* (Z. 849) und lässt somit eine präferierte Antwort erwarten. Auf prosodischer Ebene ist hierbei die deutliche und laute Formulierungsqualität zu erwähnen, die seine entschlossene Haltung zum Ausdruck bringt. Bevor er seinen Turn weiterführt, entsteht allerdings eine kurze Pause (Z. 850). Um den Patienten zur Weiterrede zu animieren, wiederholt der Therapeut an dieser Stelle den ratifizierenden Wortlaut des Patienten (*ja* Z. 852). Zeitgleich setzt dieser seinen Turn fort, sodass es zu einer partiellen Überlappung kommt. Der Patient behält das Rederecht und berichtet, er hätte *eigentlich en klares ziel aber* (Z. 851). Damit verweist er zwar auf die Existenz eines langfristigen Ziels, identifiziert dieses jedoch nicht eindeutig und kommt dem expansionsanfordernden Aspekt der Frage nicht nach. Vielmehr wird sein *klares ziel* (Z. 851) durch das Adverb *eigentlich* relativiert und anhand der adversativen Konjunktion *aber* folgender Widerstand indiziert. Insofern er die lösungsorientierte Frage inhaltlich nicht bearbeitet und ihr auszuweichen versucht, kann seine Antwort als *answer-like response* des Typs *refocusing* charakterisiert werden.

{00:43:60} 853 T1 ah ja und was ist das

{00:44:01} 854 P (.) ((schmatzt)) ich möchte mein studium abschließen und später meine eigene firma gründen

{00:44:05} 855 (0.2)

{00:44:05} 856 T1 ne eigene firma wofür

{00:44:06} 857 (0.3)

{00:44:06} 858 P °h ((schmatzt)) ähm am liebsten für webdesign und programmierung

{00:44:09} 859 T1 °hh das sind dinge die sie auch (.) machen schon

Die widerständige Haltung wird vom Therapeuten offenbar direkt erkannt, da er in dritter Sequenzposition mit einer Präzisierungsfrage eingreift, noch bevor der Patient seinen Widerstand zu Ende führen kann: *ah*

ja und was ist das (Z. 853). Dabei dokumentiert er zunächst sein Verständnis bezüglich der Vorgängeräußerung und signalisiert durch den kopulativen Konnektor *und*, dass er an diese anknüpft. So fordert er mit der W-Frage eine kategoriale Einordnung des Redegegenstands ein (vgl. Spranz-Fogasy 2010: 53) und setzt den Patienten unter starken Zugzwang, sein Ziel eindeutig zu identifizieren. Durch den expansionsinitiierenden Charakter weist die therapeutische Reaktion dabei eine Ähnlichkeit zu den oben beschriebenen Expansionsanforderungen auf (vgl. Kap. 7.1.2). Im Gegensatz zu Expansionsanforderungen wird in diesem Beispiel jedoch nicht die thematisch abweichende Agenda des Patienten, sondern weiterhin die der Lösungsorientierten Frage fokussiert und somit auf der Beantwortung der Ausgangsfrage beharrt.

In der Folge kommt es zu einer optimierten Antwort des Patienten, in der er die konjunktivische Modalverbkonstruktion der therapeutischen Formulierung aus erster Sequenzposition übernimmt und zwei individuelle Ziele nennt: *ich möchte mein studium abschließen und später meine eigene firma gründen* (Z. 854). Durch die intervenierende Präzisierungsfrage greift der Therapeut dem projizierten Widerstand des Patienten also voraus und verhindert so, dass es zu manifester Resistenz kommt. Im Anschluss an diese Sequenz äußert der Therapeut eine expansionsanfordernde, verblose W-Frage mit *highlighting*-Funktion (*ne eigene firma wo für* Z. 856), die sich lexikalisch stark an der Patientenäußerung orientiert. Auf diese Weise wird der Redegegenstand nach und nach exploriert und vertieft, sodass der angedeutete Widerstand aus zweiter Position letztendlich erfolgreich abgewehrt und therapeutisch relevantes Material evoziert wird.

Eine solch elizitierte optimierte Antwort in vierter Sequenzposition findet sich in dieser Kategorie lediglich ein weiteres Mal. In dem entsprechenden Gesprächsausschnitt reagiert die Patientin auf die Lösungsorientierte Frage nach ihrer persönlichen Vorstellung über „gutes“ Streiten hochgradig dispräferiert, indem sie eine verneinende Rückmeldepartikel äußert und festhält, das wüsste sie gar nicht:

Beispiel 13: T3_2 (3)

{56:03} 1274 T das heißt sie wissen_s gar nicht eigentlich
wie man sich auch gut streiten kann

{56:06} 1275 (0.3)

{56:06} 1276 P nee

{56:06} 1277 (1.8)

{56:08} 1278 T hmhm

{56:08} 1279 (2.3)

{56:11} 1280 P ((schmatzt)) gut streiten

{56:12} 1281 (0.7)

{56:12} 1282 T hmhm

{56:13} 1283 (1.8)

{56:15} 1284 P hm

{56:15} 1285 (1.2)

{56:16} 1286 T hätten sie das vorstellen können (.) wie
das (.) so aussehen könnte oder wie sie_s
gerne hätten

{56:19} 1287 (0.9)

{56:20} 1288 P mhmh

{56:21} 1289 (0.3)

{56:21} 1290 P wusst ich gar nicht

{56:22} 1291 T (.) hmhm

{56:22} 1292 P (.) ja

{56:23} 1293 (0.6)

{56:23} 1294 T und wenn sie en bisschen fantasieren würden

Selbst nach einem *continuer* vonseiten des Therapeuten äußert sie lediglich ein bestätigendes *ja*, wodurch sie ihre dispräferierte Antwort eher bekräftigt, anstatt den Versuch einer Zukunftsprojektion zu unternehmen (Z. 1291-1292). Dieser offene Widerstand wird vom Therapeuten jedoch

nicht akzeptiert, sondern durch die persistente Nachfrage *und wenn sie en bisschen fantasieren würden* (Z. 1294) als unbefriedigend dargestellt. Durch den ansteigenden Intonationsverlauf wird die Äußerung dabei als Frage konzipiert, wobei sie auf satzsemantischer Ebene zugleich einen appellierenden Charakter erhält. An die Stelle einer weiteren V1-Frage tritt hier also eine sprachliche Aufforderungshandlung in Form eines Konditionalsatzes, womit eine nachträgliche Beantwortung der Lösungsorientierten Frage aus erster Sequenzposition stärker eingefordert wird. Gleichzeitig wird der direktive, insistierende Charakter der Aufforderung mithilfe der implizierten Tentativität abgeschwächt, welche in dem hypothetischen Verb *fantasieren* in Verbindung mit dem konjunktivischen Gebrauch des Hilfsverbs *werden* sowie der Formulierung *en bisschen* Ausdruck findet.

- {56:24} **1295** (2.1)
- {56:27} **1296 P** äh gut streiten
- {56:28} **1297** (0.2)
- {56:28} **1298 T** hmhm
- {56:28} **1299** (2.2)
- {56:31} **1300 P** ja ich denk gut streiten is einfach ähm (.)
°h
- {56:33} **1301** (0.2)
- {56:33} **1302 P** sachlich zu bleiben einfach (.) [äh in ner
]gewissen tonlage zu bleiben und da nich
hinausgehen und einfach (.) °h des
auszudiskutieren
- {56:34} **1303 T** [hmhm
]
- {56:39} **1304** (0.4)
- {56:40} **1305 P** und dann natürlich_n nenner zu finden
- {56:41} **1306 T** hmhm

Im Anschluss kommt es zu formulierungsdynamischen Auffälligkeiten in Form von längeren Pausen und Verzögerungspartikeln vonseiten der Patientin, die erneuten Widerstand ankündigen. Tatsächlich folgt jedoch eine inhaltlich präferierte Antwort, in der sie mehrere Kriterien nennt, die ihrer Meinung nach auf „gutes“ Streiten zutreffen (Z. 1302-1305). Der kommunikative Widerstand wird demnach auch in dieser Sequenz nachträglich in eine inhaltlich präferierte Antwort transformiert, die die Anforderungen der Lösungsorientierten Frage aus erster Sequenzposition erfüllt und therapeutisch relevantes Material liefert. In den anderen beiden Gesprächssequenzen aus dieser Kategorie kann eine solch optimierte Antwort hingegen nicht identifiziert werden.²¹

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass persistente Nachfragen in den analysierten Daten nicht nur als Fragen realisiert werden, sondern auch in deklarativen Aufforderungshandlungen Ausdruck finden, die die vorhergehende Äußerung insgesamt als unvollständig oder unzureichend anzeigen und den Patienten damit zu einer expandierten Überarbeitung seiner widerständigen Antwort animieren. Die insistierenden Sprachhandlungen vermitteln demnach, dass das Gesagte die konditionelle Relevanz nicht erfüllt und die dispräferierte Antwort den Anforderungen der Lösungsorientierten Frage entsprechend angepasst werden soll.

7.2.3 Zwischenergebnisse

Da reparaturinitiierende Reaktionen die soziale und emotionale Beziehung zwischen Therapeut und Patient durch ihren problematisierenden bzw. insistierenden Charakter stark beeinflussen und mitunter Gefahr laufen, unhöflich oder respektlos zu wirken, sind derartige Sprachhandlungen in dem vorliegenden Korpus mit acht der insgesamt 26 analysierten Fälle deutlich seltener als Expansionsinitiierungen. Nichtsdestotrotz

²¹ In T3_1 (5) schafft es der Patient auch nach erneutem therapeutischem Nachfragen in vierter Sequenzposition nicht, einen egoistischen Wunsch zu formulieren, sondern fokussiert lediglich die Problematik, dass seine Wünsche immer andere Personen miteinschließen. Auch in T3_1 (7) (siehe Anhang) gelingt diesem Patienten keine lösungsorientierte Perspektive, insofern er sich abermals auf seine problematische Beziehung zu Geld bezieht und infolge der persistenten Nachfrage seitens des Therapeuten lediglich auf die Vergangenheit bzw. sein „komisches Gefühl“ beim Ausgeben von Geld anstatt auf den erfragten Kompromiss eingeht.

konnten auch für reparaturinitiierende Reaktionen zwei rekurrente Typen eruiert werden: kritische Interventionen und persistente Nachfragen. Erstere kritisieren oder hinterfragen einzelne Teile der widerständigen Antworten durch widersprechende oder problematisierende Sprachhandlungen explizit oder implizit, wohingegen persistente Nachfragen die dispräferierten Bezugsäußerungen durch Präzisierungsfragen oder deklarative Aufforderungshandlungen insgesamt als unzureichend anzeigen und die lösungsorientierte Agenda der Ausgangsfrage weiterhin fokussieren, anstatt die patientenseitige Agenda aus zweiter Sequenzposition fortzuführen.

Es sollte allerdings angemerkt werden, dass die analysierten Sequenzen aus dieser Kategorie lediglich in drei der Gespräche vorkommen (T1_4, T3_1 und T3_2). Die Teilnehmerkonstellation ist demzufolge sehr homogen und setzt sich aus nur zwei Therapeuten und drei unterschiedlichen Patienten zusammen. Sieben der insgesamt acht reparaturinitiierenden Reaktionen stammen darüber hinaus von ein und demselben Therapeuten. Daher sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, dass die vorgefundenen reparaturinitiierenden Reaktionen im Zusammenhang mit einer persönlichen Präferenz des Therapeuten stehen und somit nur mit Vorsicht zu interpretieren sind. Um diese These zu überprüfen, bedarf es jedoch eines weitaus größeren Korpus mit Gesprächen unterschiedlicher Teilnehmerkonstellationen.

7.3 Themenwechsel

Zusätzlich zu Expansions- und Reparaturinitierungen lässt sich in den Daten ein weiterer Reaktionstyp auf widerständige Patientenantworten erkennen: Themenwechsel. Therapeutenseitig eingeleitete, neue Themenbereiche weisen weder expansionsinitierende noch reparaturinitierende Merkmale auf, sodass hier von einer eigenständigen Kategorie ausgegangen werden muss. Grundsätzlich werden diese als abrupte Themenwechsel (engl. *disjunctive topic change*) realisiert, die inhaltlich sowie strukturell keinen Bezug zur Vorgängeräußerung des Patienten erkennen lassen und das jeweils neue Thema übergangslos einleiten (vgl. Egbert 2009: 49). Dabei wird weder die therapeutische noch die patientenseitige Agenda der vorhergehenden Sequenzpositionen verfolgt, sondern ein

völlig neuer thematischer Kontext etabliert, der im weiteren Gesprächsverlauf fokussiert wird. Damit lässt sich auch die konzeptuelle Abgrenzung zur Strategie des Fokuswechsels beschreiben: Während die übergeordnete Agenda bei einem Fokuswechsel beibehalten wird, wird sie im Zuge eines Themenwechsels aufgehoben und durch eine neue, durch den Therapeuten vorgegebene Agenda ersetzt. Unter sequenzstrukturellen Gesichtspunkten handelt es sich hierbei also nicht – wie bei expansions- und reparaturinitiiierenden Reaktionen – um Post-Sequenzen, die an die vorhergehenden lösungsorientierte Fragen-Sequenzen anschließen, sondern um den ersten Teil einer neuen Paarsequenz.

Angesichts der prinzipiell offenen Gesprächsführung von OPD-Interviews sind therapeutenseitig eingeleitete Themenwechsel nicht grundsätzlich unzulässig, sollten jedoch an Stellen vermieden werden, an denen der Patient bestimmte Themenstränge verfolgt. Nötig wird ein solches Eingreifen dann, „wenn der Therapeut das Gespräch in seinem therapeutischen Fortschritt und somit seiner Wirksamkeit gefährdet sieht“ (Mack et al. 2016: 23). Leistet der Patient beispielsweise trotz mehrerer Interventionen dauerhaft Widerstand oder modifiziert die therapeutische Agenda im Rahmen einer *refocusing answer-like response* dergestalt, dass es zu einem schleifenartigen Verlauf kommt, ist es durchaus legitim, ihn zugunsten einer produktiven und effizienten Therapiesitzung wieder auf die richtige Spur zu bringen oder neue Themenangebote zu unterbreiten. Darüber hinaus müssen Therapeuten trotz der vorwiegend unstrukturiert-offenen Gesprächsgestaltung im Hinblick auf das multiaxiale Vorgehen von OPD-Gesprächen zwingendermaßen spezifische Fragen stellen und inhaltliche Schwerpunkte setzen, um alle Achsen fundiert abdecken zu können.

In dem analysierten Korpus finden sich insgesamt vier Themenwechsel, die alle auf *answer-like responses* erfolgen und als interrogative Äußerungen realisiert werden. Der prospektive Charakter der jeweiligen lösungsorientierten Frage aus erster Sequenzposition bleibt dabei in den meisten Fällen bestehen: Drei der vier Themenwechsel beziehen sich inhaltlich auf die Zukunft, während lediglich einmal die Vergangenheit des Patienten fokussiert wird. Bei dem Vorlauf des nachfolgenden Beispiels handelt es sich um den Gesprächsausschnitt aus Kapitel 7.1.3 (Z. 1047-1080), sodass

an dieser Stelle auf einen detaillierten Einbezug der sequenziellen Einbettung verzichtet wird.

Beispiel 14: T3_1 (3) + T3_1 (4) + T3_1 (5)

{01:23:31} 1047 T ((schmatzt)) °h wo soll_s denn hingehn
in der zukunft (.) was möchten sie denn
machen

{01:23:34} 1048 (1.0)

{01:23:35} 1049 P ja das wüsst ich auch gerne also
[(ähm/eben)]

{01:23:36} 1050 T [hmhm
]

{01:23:36} 1051 (0.8)

{01:23:37} 1052 T wie kamen sie denn dann darauf °hh (.)
den studiengang sich z für zu bewerben
[...]

{01:24:29} 1081 T ((schmatzt)) was bleibt (denn dann)
übrig für sie

{01:24:30} 1082 (0.3)

{01:24:30} 1083 T mit der qualifikation

Wie unter Abschnitt 7.1.3 bereits ausführlich dargestellt wurde, knüpft die Lösungsorientierte Frage aus Zeile 1081-1083 thematisch an die vorhergehende Frage nach den Zukunftsvorstellungen des Patienten an (Z. 1047) und ist damit sozusagen als zweiter Anlauf zu deuten, mit dem eine „bessere“ Beantwortung der ursprünglichen Lösungsorientierten Frage eingefordert wird. Die *was*-Frage ist hierbei inhaltlich stärker eingeschränkt als die erste Lösungsorientierte Frage aus Zeile 1047 und fordert den Patienten auf, seine Zukunftsvorstellung speziell in Bezug auf seine berufliche Qualifikation zu schildern.

{01:24:31} 1084 (0.3)
{01:24:32} 1085 T °h
{01:24:32} 1086 (0.4)
{01:24:33} 1087 P ((schmatzt)) nach dem studium
{01:24:34} 1088 (0.2)
{01:24:34} 1089 T hmhm
{01:24:34} 1090 (0.2)
{01:24:34} 1091 P ja ähm
{01:24:35} 1092 (0.7)
{01:24:36} 1093 P dacht ich mir dann so okay dann (.) wenn
ich des studium mach dann muss ich ja
danach nich in die werbung gehen
unbedingt dann [kann ich]ja °hh des was
ich da gelernt hab für mich am besten
nutzen und [irgend]wo ((Sprechansatz))
irgend f f ich weiß es nich also
vielleischt

{01:24:41} 1094 T [hmhm]
{01:24:44} 1095 T [hmhm]
{01:24:47} 1096 (0.4)
{01:24:48} 1097 P (.) °h mit irgendwas verbinden (.) mit
kindern oder ((Einatmen, ca. 1.2 Sek.))
{01:24:52} 1098 (0.6)
{01:24:52} 1099 P hhh°
{01:24:53} 1100 T hmhm
{01:24:54} 1101 P (.) ich (.) bin mir da noch net so
sicher (.) w[ie]
{01:24:56} 1102 T [hm]hm
{01:24:56} 1103 (0.7)
{01:24:57} 1104 P was des da werden soll (also/oder so)
ich hab auch

{01:24:59} 1105 (0.2)

{01:24:59} 1106 P oft des den wunsch gehabt irgendwie
künstler zu werden dass [da]mit °hhh

{01:25:03} 1107 T [hmhm]

{01:25:04} 1108 (0.4)

{01:25:04} 1109 P na ja aber h° is irgendwie schwierig

Auf die therapeutische Frage folgt eine kurze Pause (Z. 1084), ein Einatmen des Therapeuten (Z. 1085) sowie eine weitere Stille (Z. 1086), bevor der Patient das Wort ergreift, hierbei jedoch zunächst mit einer elliptischen Vergewisserungsfrage den zeitlichen Referenzbezug der Frage zu klären sucht (*nach dem studium* Z. 1087). Der Therapeut ratifiziert (Z. 1089) und erhält den Antwort-Zugzwang damit weiterhin aufrecht. Nach einer kurzen Pause (Z. 1090), sowie Häsitationsmarkern (*ja ähm* Z. 1091) und weiterem Schweigen (Z. 1092) setzt der Patient daraufhin zu einer sehr vage gehaltenen Antwort an, in der er mehrere Alternativen verbalisiert, ohne sich auf einen konkreten Berufswunsch festzulegen. Durch die einleitende Formulierung *dacht ich mir dann so* (Z. 1093) zeigt er an, dass sich die folgende Ausführung auf vergangene Überlegungen bezieht, die sich nicht im Hier und Jetzt der Therapiesitzung entwickeln. Anstatt eine mögliche Berufsperspektive zu äußern, schildert er jedoch zunächst, wo er sich in Zukunft *nicht* sieht (*dann muss ich ja danach nich in die werbung gehen unbedingt* Z. 1093), bevor er den vagen Plan beschreibt, er könnte *des was ich da gelernt hab für mich am besten nutzen* (Z. 1093).

Im Anschluss kommt es im Zuge des Versuchs einer Zukunftsprojektion zu erheblichen Verzögerungen in Form von mehreren Abbrüchen (*[irgend]wo ((Sprechansatz)) irgend ff* Z. 1093), die schließlich in einem *display of lack of knowledge* (vgl. Stremlau 2017: 19) münden (*ich weiß es nich* Z. 1093). An dieser Stelle leistet der Patient allerdings keinen planvollen Widerstand. Stattdessen ist er um Kooperation bemüht, was sich durch den unmittelbar folgenden Sprechansatz *also vielleicht* (Z.1093) zeigt, dem eine kurze Pause folgt (Z. 1096), bevor er syntaktisch an die Konstruktion aus Zeile 1093 anschließt und seine TCU mit *mit irgendwas verbinden* (Z. 1097) fortsetzt. Der Vagheitsindikator *irgendwas* wird nach einer Mikropause anschließend durch ein konkretes Objekt ersetzt (*mit*

kindern oder Z. 1097), wobei der turnfinale Konnektor *oder* als Indiz für die Unabgeschlossenheit seines Redezugs gedeutet werden kann und einen weiteren Alternativvorschlag erwartbar macht.

Die Gesprächsprogression gerät hingegen durch langes Ein- und Ausatmen des Patienten (Z. 1097, 1099), sowie eine weitere, rund 0,6-sekündige Pause (Z. 1098) ins Stocken. Diesen offensichtlichen Formulierungsschwierigkeiten einer konkreten Berufsvorstellung entgegnet der Therapeut mit einem *continuer* (Z. 1100), um den Patienten zur Weiterrede zu animieren. Dieser setzt seinen Turn anschließend zwar fort, bezieht sich dabei aber erneut lediglich auf seine niedrige *epistemic stance* (*(.) ich (.) bin mir da noch net so sicher (.) w[ie] (0.74) was des da werden soll* Z. 1101-1104), bevor er mit undeutlichem Wortlaut fortfährt: (*also/oder so) ich hab auch (0.2) oft des den wunsch gehabt irgendwie künstler zu werden dass da[mit] °hhh* (Z. 1104-1106). An dieser Stelle äußert er zum ersten Mal eine konkrete berufliche Wunschvorstellung, welche als typ-konforme, präferierte Antwort auf die lösungsorientierte Frage gewertet werden kann. Aufgrund des zweimaligen Satzabbruchs (Z. 1106), des Vagheitsindikators *irgendwie* (Z. 1106) sowie des anschließenden Kommentars *na ja aber h° is irgendwie schwierig* (Z. 1109) zeigt er sich trotz der inhaltlich präferierten Antwort jedoch weiterhin unsicher und unschlüssig in Bezug auf seine berufliche Zukunft, sodass es letztendlich zu keiner erfolgreichen Lösungsformulierung kommt.

{01:25:07} 1110 (0.3)
 {01:25:07} 1111 T hmhm
 {01:25:07} 1112 (3.4)
 {01:25:11} 1113 T glaub ich
 {01:25:11} 1114 (1.0)
 {01:25:12} 1115 T °h (.) wenn sie ähm
 {01:25:14} 1116 (0.6)
 {01:25:14} 1117 T drei wünsche frei hätten
 {01:25:15} 1118 (1.0)

{01:25:16} 1119 T ((schmatzt)) abgesehen

{01:25:17} 1120 (0.5)

{01:25:18} 1121 T von ihren eigenen beschwerden (.) °h

{01:25:20} 1122 (0.2)

{01:25:20} 1123 T was würden sie sich wünschen

Nach einer kurzen Pause quittiert der Therapeut die Patientenantwort mit einem verständnisvollen *hmhm* (Z. 1111) und lässt weitere 3.4 Sekunden verstreichen, bevor er eine empathische Rückmeldung gibt (*glaub ich* Z. 1113) und das Rederecht erst nach einer abermaligen, rund einsekündigen Pause übernimmt. Auch in den anderen drei Ausschnitten, in denen das dispräferierte Patientenangebot von einem Themenwechsel gefolgt wird, nehmen die Therapeuten durch *continuer* zunächst eine abwartende Haltung ein, um ihr Verständnis anzuzeigen und dem Patienten die Möglichkeit zu verschaffen, seinen jeweiligen Turn zu expandieren, bevor der thematische Schwerpunkt verlagert wird. Im vorliegenden Beispiel indiziert der Therapeut damit, dass er die Antwort des Patienten zur Kenntnis genommen hat und zunächst auf einen eigenen Redebeitrag verzichtet, bevor er schließlich ein anderes Thema einleitet und damit strukturell als auch inhaltlich eine neue Sequenz eröffnet, die thematisch weder an die Lösungsorientierte Frage aus erster, noch an die responsive Äußerung aus zweiter Position anknüpft.

Dabei kommt es nach jeder TCU zu kurzen Pausen, welche zur zögerlichen und stockenden Formulierungsdynamik der therapeutischen Reaktion beitragen. So setzt er mit der konditionalen TCU *wenn sie ähm* (Z. 1115) an, wonach eine 0,6-sekündige Stille entsteht (Z. 1116), bevor er seinen Turn syntaktisch mit *drei wünsche frei hätten* (Z. 1117) fortsetzt. Anhand der konjunktivischen Formulierung des Verbs *haben* wird eine imaginäre Bedingung und damit ein hypothetisches Szenario etabliert, innerhalb dessen sich der Patient gedanklich mit der Frage auseinandersetzen soll. Es folgt eine weitere, rund einsekündige Pause, wonach der Therapeut mit der nächsten TCU fortfährt (*abgesehen (0.5) von ihren eigenen beschwerden* Z. 1119-1121) und damit den inhaltlichen Rahmen

der anschließenden Frage eingrenzt, bevor er seinen Turn nach einer weiteren Pause mit der W-Frage *was würden sie sich wünschen* (Z. 1123) beendet. Durch die direkte Adressierung sowie die konjunktivische Formulierung wird die Frage erneut als Lösungsorientierte Frage konzipiert, die zwar einen neuen thematischen Kontext schafft, gleichzeitig aber den projektiven, zukunftsorientierten Charakter der vorangehenden Lösungsorientierten Fragen aufrechterhält.

Aufgrund der Tatsache, dass durch den vorangehenden Fokuswechsel bereits der Versuch unternommen wurde, das dispräferierte Patientenangebot in eine optimierte, therapeutisch relevante Antwort zu transformieren, ist der Themenwechsel an dieser Stelle nicht als therapeutenzentriertes Gesprächsverhalten zu werten, das die patientenseitigen Relevanzen ignoriert oder unterbindet. Vielmehr scheint der Therapeut die gedanklichen Schwierigkeiten des Patienten zu erkennen und der drohenden Gesprächsunterbrechung mit dem Themenwechsel entgegenzusteuern. Zudem muss der Therapeut im Sinne einer diagnoserelevanten Informationsgewinnung innerhalb der begrenzten Zeit, die ihm im Rahmen des einmaligen Aufeinandertreffens zur Verfügung steht, bestimmte, zielgerichtete Themenbereiche abdecken, wodurch bisweilen unnatürliche Sprünge im Gesprächsverlauf zustande kommen können (vgl. Marciniak 2017: 12).

Im Anschluss kommt es erneut zu einer *answer-like response* des Typs *refocusing*, die auf formulierungsdynamischer Ebene bereits durch eine deutlich verzögerte Redeannahme sowie einen metakommunikativen Kommentar bezüglich der Fragequalität angekündigt wird:

```
{01:25:21} 1124 (1.6)
{01:25:22} 1125 P ((Einatmen, ca. 1.0 Sek.))
{01:25:23} 1126 (0.4)
{01:25:24} 1127 P °h
{01:25:24} 1128 (0.2)
{01:25:24} 1129 P ((schnauft)) h° na ja des_s (.) ne
schwierige frage
als[o ]
```

- {01:25:27} 1130 T [hm]hm
- {01:25:27} 1131 (1.9)
- {01:25:29} 1132 P einerseits belastet mich des wenn ich
(.) mitbekomm dass es irgendwo (.) °h
auf der welt irgendjemandem schlecht
geht egal aus welchen gründen un [da]ss
(.) dass die hunger haben (oder da) (.)
°h (.) oder irgendwelche
naturkatastrophen un_ich fühl mich dann
auch schon wieder (.) dadurch (.) schul-
dig und schlecht weil
- {01:25:36} 1133 T [hm]
- {01:25:44} 1134 T hmhm
- {01:25:44} 1135 (0.3)
- {01:25:45} 1136 P uns geht_s ja hier eigentlich gut oder
könnte es gut gehn °h wenn wir uns die
probleme net [sel]ber machen würden oder
gegenseitig [machen]würden (.) °h
- {01:25:48} 1137 T [hm]
- {01:25:50} 1138 T [hmhm]
- {01:25:51} 1139 (0.9)
- {01:25:52} 1140 P mir geht_s dann irgendwie (.) gar net so
gut un_deswegen
- {01:25:55} 1141 (0.6)
- {01:25:56} 1142 P hab ich da schon (.) irgendwie (.)
schuldgefühle (oder) s[o]
- {01:25:58} 1143 T [hm]hm
- {01:25:58} 1144 P °h deswegen würd ich denk ich ma erstens
ma wollen dass es äh auf der welt
(ähm/irgendwie)
- {01:26:03} 1145 (0.3)
- {01:26:03} 1146 P frieden gibt je[dem g]ut geht jeder
genug (.) [irgendwie z]um leben hat

{01:26:04} 1147 T [hmhm]
{01:26:05} 1148 T [hmhm]
{01:26:06} 1149 (0.3)
{01:26:07} 1150 P ((Einatmen, ca. 1.2 Sek.))
{01:26:08} 1151 (0.4)
{01:26:08} 1152 P °hhh ((schmatzt)) öhm h°
{01:26:10} 1153 (2.0)
{01:26:12} 1154 P dann als zweites würd ich mir einfach
wünschen (also)
{01:26:15} 1155 (0.3)
{01:26:15} 1156 P egal wie °hh
{01:26:17} 1157 (0.3)
{01:26:17} 1158 P ((Sprechansatz)) wie die zukunft
aussieht egal ähm h°
{01:26:19} 1159 (0.8)
{01:26:20} 1160 P ((schmatzt)) was ich mach oder so
hauptsache is dass ich glücklich bin
{01:26:23} 1161 (0.2)
{01:26:23} 1162 P [so]des gefühl (.) °hhh
{01:26:23} 1163 T [hmhm]
{01:26:25} 1164 (0.3)
{01:26:26} 1165 P von glücklichkeit und (.) lachen können
und s[o]
{01:26:28} 1166 T
[hmhm]
{01:26:28} 1167 (2.4)
{01:26:30} 1168 T einen wunsch hätten sie noch frei
{01:26:32} 1169 (3.8)
{01:26:35} 1170 P ja (.) °h ((schmatzt))
{01:26:37} 1171 (2.4)

{01:26:39} 1172 P ((schmatzt))
{01:26:39} 1173 (1.3)
{01:26:41} 1174 P ((schluckt))
{01:26:41} 1175 (2.3)
{01:26:43} 1176 P ((schmatzt)) der dritte wunsch also is
(.) schwierig sich da auf irgendwas
festzulegen
{01:26:47} 1177 (0.5)
{01:26:48} 1178 P °hh
{01:26:48} 1179 (2.1)
{01:26:50} 1180 P ja
{01:26:51} 1181 (0.7)
{01:26:52} 1182 P dass es jedem gut geht des:
{01:26:53} 1183 (0.3)
{01:26:54} 1184 P hab ich ja schon gesagt
{01:26:55} 1185 T hmhm
{01:26:55} 1186 P (.) hmhm (.) des glücklich sein
(Einatmen, ca. 1.0 Sek.)
{01:26:58} 1187 (0.2)
{01:26:58} 1188 P öhm h°
{01:26:59} 1189 (0.2)
{01:26:59} 1190 P ((schluckt))
{01:26:60} 1191 (3.7)
{01:27:03} 1192 P °h ((schmatzt)) ja der erste wunsch sch
sch schließt ja viel mit ein
{01:27:06} 1193 (0.2)
{01:27:06} 1194 T hmhm
{01:27:06} 1195 (0.2)

Anstatt einer prospektiv orientierten Antwort folgt dabei zunächst eine problemzentrierte Schilderung, welche als erklärender Vorlauf für die folgenden Wünsche angeführt wird. Insgesamt werden aber lediglich zwei Wünsche geäußert, die zudem so allgemein formuliert werden, dass kein Bezug zum Patienten selbst erkennbar ist. Dieser mangelnden Beantwortung der Lösungsorientierten Frage entgegnet der Therapeut mit der persistenten Nachfrage *einen wunsch hätten sie noch frei* (Z. 1168). Nach einer deutlich wahrnehmbaren Gesprächspause von rund 10 Sekunden übernimmt der Patient daraufhin zwar das Rederecht, kann der therapeutischen Aufforderung jedoch schlussendlich nicht nachkommen. Aus diesem Grund schließt der Therapeut mit einer weiteren persistenten Nachfrage in Form einer Lösungsorientierten Frage an, die den persönlichen Bezug zum Patienten expliziert:

{01:27:06} 1196 T ((schmatzt)) hätten sie auch_n ganz
egoistischen wunsch der nur sie selber
betreffen würde

{01:27:09} 1197 (1.5)

{01:27:11} 1198 T abgesehn von den beschwerden

{01:27:12} 1199 (3.0)

{01:27:15} 1200 P °hh

{01:27:15} 1201 (0.4)

{01:27:16} 1202 P h°

{01:27:16} 1203 (4.6)

{01:27:21} 1204 P h°

{01:27:21} 1205 (3.4)

{01:27:25} 1206 P hm ja des

{01:27:26} 1207 (2.3)

{01:27:28} 1208 P weiß ich (no) net also

{01:27:29} 1209 (0.6)

Läpple et al.: Patientenwiderstand in psychodiagnostischen Gesprächen

{01:27:30} 1210 P °h (.) irgendwie ((Lachansatz)) (.) schl
schließen meine wünsche immer a andere
leute mit [ein a]lso

{01:27:34} 1211 T [hmhm]

{01:27:34} 1212 (0.3)

{01:27:35} 1213 P °h

{01:27:35} 1214 (1.3)

{01:27:37} 1215 P (schon) dass ich

{01:27:37} 1216 (0.4)

{01:27:38} 1217 P jemanden hab der

{01:27:39} 1218 (1.2)

{01:27:40} 1219 P um auf dem ich mit ner äh auf ner w
wellenlänge
bi[n u]n (.) °hh (.) wir viel gleiche
interessen haben oder s[o]

{01:27:43} 1220 T [hmhm]

{01:27:46} 1221 T [hm]hm

{01:27:46} 1222 (0.6)

{01:27:47} 1223 P °hhh

{01:27:48} 1224 (0.3)

{01:27:48} 1225 P ((schluckt))

{01:27:48} 1226 (1.0)

{01:27:49} 1227 T klingt so als ob des auch v vielleicht
en wichtiges thema sein könnte (dass)

{01:27:53} 1228 (3.6)

{01:27:56} 1229 T eigene wünsche zu entwickeln und die
auch

{01:27:58} 1230 (1.6)

{01:27:60} 1231 T umzusetzen

{01:28:01} 1232 (0.9)

{01:28:01} 1233 T auch wenn sie_s bisher immer anders
gemacht haben

{01:28:03} 1234 (1.4)

{01:28:05} 1235 P hmhm

{01:28:05} 1236 (0.4)

{01:28:06} 1237 P ja

Auch hierauf reagiert der Patient nach einer deutlich verzögerten Redeannahme dispräferiert, sodass letztendlich keine persönliche Wunschvorstellung verbalisiert wird und der Therapeut das Thema schließlich mit einer interpretativen Elaboration beendet (Z. 1227-1233). Es kommt dann jedoch rund zwei Minuten später, nachdem ein thematisch völlig neuer Kontext etabliert wurde, zu einer partiell konformen Antwort in Bezug auf die Wunsch-Thematik (Z. 1379-1381). Diese ist in eine Sequenz eingebettet, die durch die therapeutische Frage, ob der Patient nach der Therapie wieder nach Hause ziehen werde, eingeleitet wird:

{01:30:22} 1325 T ((schmatzt)) werden sie wieder nach
hause zurückziehen wenn sie °hh

{01:30:24} 1326 (0.6)

{01:30:24} 1327 T hier dann fertig sind mit der
therapie oder [wie is des +++]

{01:30:26} 1328 P [ähm]ich bin
ja nur tagesklinisch hier [also ich
f]ahr ja [jeden t]ag

{01:30:28} 1329 T [(ja/klar)]

{01:30:28} 1330 T [hmhm
]

{01:30:29} 1331 (0.3)

{01:30:29} 1332 P hin und zurück ((Einatmen, ca. 1.1))

{01:30:30} 1333 T hm

{01:30:31} 1334 (0.2)

{01:30:31} 1335 P h° (.) äh hh°

{01:30:33} 1336 (1.2)

{01:30:34} 1337 P ich hatt jetzt eigentlich vor (nur)

{01:30:36} 1338 (0.6)

{01:30:36} 1339 P °hh ((schmatzt)) ich (.) hab immer so
(.) pläne aber

{01:30:39} 1340 (0.2)

{01:30:39} 1341 T hmhm

{01:30:40} 1342 P (.) die überkreuzen sich dann mit meinen
ängsten un [oft dann]wenn_s wenn ich
hier °hh äh weggehe dass dass ich die
ängste en bissl im gri[ff hab]und dass
ich dann (die) die träume au irgendwo
umsetzen k [ann als]o ich hatt jetzt den
traum

{01:30:42} 1343 T
[hmhm
]

{01:30:47} 1344 T [hmhm]

{01:30:49} 1345 T [hmhm]

{01:30:50} 1346 (0.8)

{01:30:51} 1347 P zu meinem bruder äh zu gehn mal für ne
zeitlang nach stadt [_a °hh]°h bis es
studium dann im oktober losgehn würde
falls ich_s [dann]antrete oder falls
ich mich für was andres entscheide
nochmal [um]zulernen oder sonst was °hh
(.) ähm ((Einatmen, ca. 1.0 Sek.))

{01:30:54} 1348 T [ach ja]

{01:30:57} 1349 T [ja]

{01:31:00} 1350 T [ja]

{01:31:04} 1351 (0.6)

{01:31:04} 1352 P ja dort (.) irgendwie mal_n bisschen zu
arbeiten [un]

{01:31:06} 1353 T [hmhm]

{01:31:07} 1354 (1.2)

{01:31:08} 1355 P neue leute kennenzulernen und so

{01:31:10} 1356 (0.2)

{01:31:10} 1357 P (und) von zu hause weg zu sein entweder
des oder irgendwie ins ausland zu gehn
°hh (.) für ne zeit lang mal dort zu
arbeiten irgen[dwas]z zu machen mal
sehn (.) also ich (.) bin auch sehr
intressiert an (.) andern kulturen un

{01:31:14} 1358 T [hmhm]

{01:31:17} 1359 T hmhm

{01:31:22} 1360 (0.2)

{01:31:22} 1361 P [könnte a]uch (.) irgendwas mit (.)
mitbekommen °hh

{01:31:22} 1362 T [hmhm]

{01:31:25} 1363 T ((schmatzt)) also träume gibt_s auch
neben den ängsten

{01:31:26} 1364 (0.3)

{01:31:27} 1365 P ja

{01:31:27} 1366 (0.2)

{01:31:27} 1367 T hmhm

{01:31:27} 1368 (0.4)

{01:31:28} 1369 P viele (.) also (über/aber) die
überschneiden sich [immer s]o

{01:31:30} 1370 T [hmhm]

{01:31:30} 1371 (0.7)

{01:31:31} 1372 P °h [((schmatzt)) ((unverständlich))]

{01:31:31} 1373 T [aber zum wunsch reicht_s dann]
nich [zu dem (.) dritten]

{01:31:33} 1374 P [°hh]°hhh nee hh°

{01:31:35} 1375 T hmhm da umschließen die ängste dann
wieder ihre (.) die unsicherheit

{01:31:38} 1376 (0.2)

{01:31:38} 1377 P ja

{01:31:39} 1378 (0.3)

{01:31:39} 1379 P oder obwohl wenn sie jetzt

{01:31:40} 1380 (0.4)

{01:31:41} 1381 P wieder auf den wunsch zurückkommen
vielleicht würd ich mir wünschen schon
irgendwann °h äh als künstler (.) mein
lebensunterhalt verdien[en zu]können

{01:31:47} 1382 T [ah ja]

Im Zuge dessen schildert der Patient seine Pläne und Träume, die sich zum Teil mit seinen Ängsten überschneiden. Dies wird vom Therapeuten zum Anlass genommen wird, die Träume zu fokussieren und in Verbindung mit der Wunsch-Thematik zu bringen. Dabei unterbricht er den Patienten mit folgendem Wortlaut: *[aber zum wunsch reicht_s dann] nich [zu dem (.) dritten]* (Z. 1373). Entsprechend der negativen Polaritätsmarkierung verneint der Patient die Frage, relativiert seine Antwort daraufhin jedoch, indem er einräumt, er würde sich *vielleicht [...] wünschen schon irgendwann °h äh als künstler (.) mein lebensunterhalt verdien[en zu]können* (Z. 1381). Trotz der eher vagen und zögerlichen Formulierungsdynamik liefert er damit nicht nur eine nachträglich optimierte Antwort auf die lösungsorientierte Frage aus T3_1 (5) und die daran anschließende persistente Nachfrage (T3_1 (6)), sondern auch auf die weiter zurückliegende lösungsorientierte Frage aus T3_1 (3) nach seinen Zukunftsvorstellungen.

Im Hinblick auf potenziell nachträglich formulierte optimierte Antworten sollte vor diesem Hintergrund stets der weitere sequenzielle Verlauf des Gesprächsausschnitts berücksichtigt werden, da es durchaus vorkommt, dass der durch die lösungsorientierte Frage erfragte Sachverhalt

im weiteren Gesprächsprozess nochmals aufgegriffen wird oder der Patient im Rahmen eines erweiterten Bewusstseinszustands erst an späterer Stelle in der Lage ist, eine präferierte Antwort zu liefern.²²

²² siehe dazu Kabatnik et al. 2019.

8 Zusammenfassung und Diskussion

Im Rahmen der empirischen Analyse konnten drei übergeordnete Typen therapeutischer Umgangsformen mit dispräferierten Patientenantworten auf Lösungsorientierte Fragen bestimmt werden: Expansionsinitiierende Reaktionen, durch die Patienten zu einer Elaboration, Vertiefung oder Ergänzung ihrer Turns veranlasst werden, reparaturinitiierende Reaktionen, die die Vorgängeräußerung als problematisch oder unzureichend behandeln, und Themenwechsel. Für expansions- und reparaturinitiierende Reaktionen ließen sich wiederum verschiedene Untertypen identifizieren, woraus sich insgesamt sechs therapeutische Strategien des Widerstandsmanagements ergeben. Es muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Ergebnisse aufgrund der eingeschränkten Datengrundlage keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit erheben. Vielmehr sind sie als erste Annäherung an den Untersuchungsgegenstand zu verstehen und laden zu weiteren, auf den vorläufigen Erkenntnissen dieser Arbeit aufbauenden Studien ein. Das folgende Schaubild veranschaulicht den Zusammenhang der verschiedenen Reaktionstypen:²³

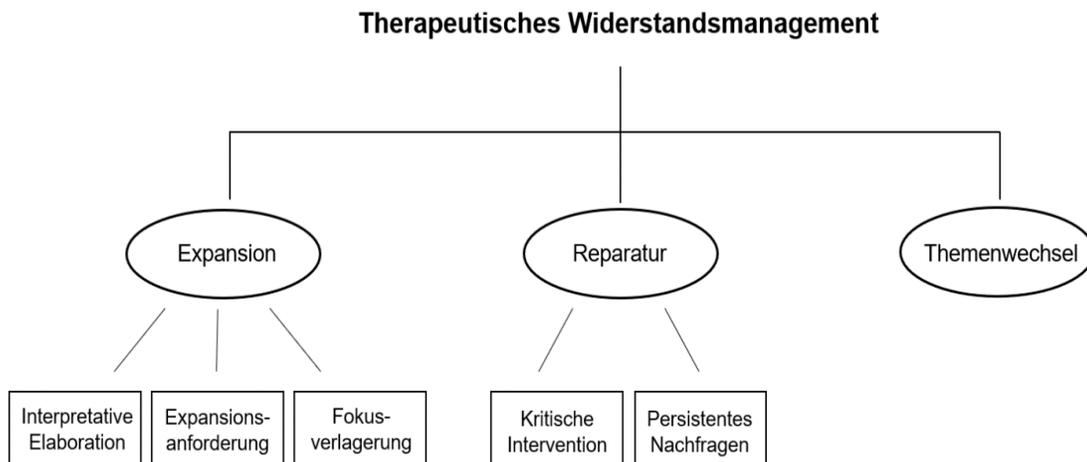


Abb. 2: Therapeutisches Widerstandsmanagement im Bereich Lösungsorientierter Fragen

²³ In neueren Analysen von Psychotherapiesitzungen fanden wir noch eine weitere Form des Widerstandsmanagements: die Thematisierung des Widerstands. Wir gehen davon aus, dass dies in OPD-Interviews selten bzw. gar nicht vorkommt, da dies für die Zielsetzung solcher Interviews (d.h. die diagnostische Einschätzung) nicht notwendig ist und in diesem Zusammenhang aufgrund der zeitlichen Beschränkungen und der Tiefe der Intervention kontraproduktiv sein könnte. Explizite Thematisierung des Widerstands wird in Vehviläinen 2008 sowie Muntigl 2013 diskutiert.

Die gefundenen Typen stellen dabei keine exklusiven interaktionalen Strategien dar, sondern überschneiden sich häufig oder gehen fließend ineinander über, sodass eine eindeutige kategoriale Zuordnung nicht immer möglich ist. So kommt es beispielsweise vor, dass einzelne therapeutische Reaktionen mehrere (expansions- und reparaturinitiierende) Eigenschaften gleichzeitig aufweisen oder zwei unterschiedliche Reaktionstypen infolge minimaler Patientenantworten in vierter Position aneinander anschließen (vgl. Kap. 7.1.1). Insbesondere bei kritischen Interventionen erweist sich eine kategoriale Abgrenzung bisweilen als problematisch, da diese nicht nur eine eigenständige Kategorie darstellen, sondern zudem häufig implizit in anderen Strategien zum Ausdruck kommen. So werden die widerständigen Antworten durch Expansionsanforderungen oder persistente Nachfragen beispielsweise nicht nur als unzureichend informativ angezeigt, sondern im Zuge dessen gleichzeitig indirekt kritisiert (vgl. Kap. 7.1.2 und 7.2.2).

Was die relative Häufigkeit der therapeutischen Reaktionen betrifft, so hat sich gezeigt, dass expansionsinitiierende Reaktionen mit 14 Fällen am häufigsten vertreten sind und über die Hälfte der insgesamt 26 analysierten Ausschnitte einnehmen. Darunter befinden sich drei interpretative Elaborationen durch den Therapeuten selbst, fünf Expansionsanforderungen und sechs Fokusverlagerungen. Reparaturinitiierende Reaktionen bilden mit acht Fällen – darunter vier kritische Interventionen und vier persistente Nachfragen – eine kleinere Gruppe, während Themenwechsel mit insgesamt nur vier Belegfällen noch seltener vertreten ist. Die folgende Tabelle fasst die Verteilung der analysierten Gesprächsausschnitte über die therapeutischen Reaktionstypen zusammen:

Expansion			Reparatur		Themenwechsel
<i>Interpretative Elaboration</i>	<i>Expansionsanforderung</i>	<i>Fokusverlagerung</i>	<i>Kritische Intervention</i>	<i>Persistente Nachfragen</i>	<i>Themenwechsel</i>
T2_2 (2)	T1_4 (2)	T1_1 (1)	T3_1 (2)	T1_4 (1)	T1_3 (1)
T3_1 (1)	T2_2 (1)	T1_2 (1)	T3_2 (1)	T3_1 (5)	T3_1 (4)
T3_1 (6)	T4_2 (1)	T3_1 (3)	T3_2 (2)	T3_1 (7)	T5_1 (2)
	T4_2 (2)	T3_2 (4)	T3_2 (5)	T3_2 (3)	T5_2 (2)
	T5_1 (1)	T4_1 (1)			
		T5_2 (1)			

	partiell konforme Antworten <i>answer-like responses</i>
	<i>non-answer responses</i>

Tab. 1: Verteilung der Gesprächssequenzen

Die Häufigkeit expansionsinitiiender Reaktionen ist mit großer Wahrscheinlichkeit primär darauf zurückzuführen, dass sich die Patienten in den wenigsten Fällen grundsätzlich unkooperativ verhalten und in Form von teilresponsiven Antworten meist äußerst subtil Widerstand leisten. Damit können Therapeuten an die inhaltlich präferierten Teile oder therapeutisch wertvollen Aspekte der Antworten anschließen und die Relevanzsetzungen der Patienten vertiefen.

Des Weiteren kann vermutet werden, dass die Häufigkeit expansionsinitiiender Reaktionen bzw. die geringe Anzahl an Reparaturinitiiierungen in einem Zusammenhang mit der Konzeption von OPD-Gesprächen steht, welche in gesprächsorganisatorischer Hinsicht wenig strukturiert und explorativ ausgelegt ist. Stattdessen soll ein solches Gespräch so offen und flexibel wie möglich gestaltet werden, um die patientenseitigen Relevanzsetzungen zu fördern. Im Hinblick auf das multiaxiale Vorgehen werden dabei vom Therapeuten zwar vereinzelt Fragen gestellt und inhaltliche Schwerpunkte gesetzt, den Patienten wird jedoch generell viel Freiraum bezüglich der Entfaltung eigener Themen und Relevanzen gewährt. Mack et al. sprechen in diesem Kontext von einer „kontrollierten, wenn nicht sogar ‘strukturierten Unstrukturiertheit’“ (2016: 22), die ein höchst sensibles, aufmerksames und konzentriertes Gesprächsverhalten der Therapeuten erfordert, um dem Patienten einen großen Spielraum

zuzugestehen und gleichzeitig alle relevanten, durch die Achsen vorgegebenen Themenbereiche abzudecken. Kritische oder konfrontative Sprachhandlungen werden vor diesem Hintergrund eher sparsam verwendet, da sie der patientenzentrierten Gesprächsführung entgegensteuern, und Gefahr laufen, Widerstand zu erzeugen und die jeweiligen Relevanzsetzungen des Patienten zu unterbinden.

Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, dass die OPD-Interviews als Erstgespräche konzipiert sind. Dementsprechend begegnen sich Therapeut und Patient zum ersten Mal, sodass ein Vertrauensverhältnis zwischen den Akteuren nicht ausreichend gefestigt und ein zurückhaltendes Sprachverhalten des Therapeuten gefordert ist (vgl. ebd.: 25). Da es sich bei den besprochenen Themen in der Regel um äußerst heikle und emotionale Sachverhalte handelt, muss der Therapeut seine Äußerungen zudem sehr umsichtig, zum richtigen Zeitpunkt und den entsprechenden Bedürfnissen des jeweiligen Patienten angepasst formulieren (vgl. ebd.: 36 f.). Selbst wenn es zu resistentem Verhalten kommt, reagieren Therapeuten daher vorzugsweise mit Verständnis und Empathie, anstatt mit kritisierenden, problematisierenden oder hinterfragenden Äußerungen, da es zunächst gilt, den Patienten einzuschätzen und die therapeutische Allianz herzustellen.

Die These, dass Therapeutenreaktionen mit patientenseitigen Antworten unterschiedlicher Widerstandsgrade korrelieren, lässt sich zum Teil bestätigen. Wie in Tabelle 1 dargestellt, sind *answer-like responses* relativ gleichmäßig über alle identifizierten Strategien verteilt und haben zugleich den größten Anteil an der Gesamtheit aller analysierten Ausschnitte. *Non-answer responses* und partiell konforme Antworten sind hingegen nicht in jeder Kategorie repräsentiert. So erfolgen auf Letztere mit einer Ausnahme (T3_2 (1)) keine reparaturinitiiierenden Reaktionen und kein Themenwechsel. Dies mag auf die Tatsache zurückzuführen sein, dass es sich hierbei um inhaltlich präferierte Reaktionen handelt, die lediglich auf struktureller Ebene dispräferierte Merkmale, wie Verzögerungen, Erklärungen oder Begründungen, aufweisen und meist nur einen geringen Handlungswiderstand indizieren, sodass Therapeuten an die präferierten Teile anknüpfen und die thematische Agenda des Patienten weiter vertiefen können.

Die Tatsache, dass *non-answer responses* keine Expansionsanforderungen und keine Themenwechsel evozieren, mag zum einen auf deren insgesamt sehr geringe Anzahl zurückzuführen sein, die mit nur vier Fällen zwangsläufig nicht in jeder Kategorie vertreten sein können. Zum anderen liegt es auf der Hand, dass manifeste Resistenz, etwa in Form von allein stehenden *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen, Therapeuten wenig Ansatzpunkte liefert, bezüglich derer sie konkretere Informationen einfordern könnten. Die Beobachtung, dass nach *non-answer responses* keine Themenwechsel durchgeführt werden, lässt zudem vermuten, dass aktiver Widerstand von Therapeuten keineswegs missachtet und übergangen, sondern vielmehr auf konstruktive oder kritische Art und Weise aufgegriffen und bearbeitet wird.

Basierend auf den Ergebnissen der Analyse wird folgende Erweiterung des Sequenzorganisationsmodells nach Kabatnik et al. (2019) vorgeschlagen:

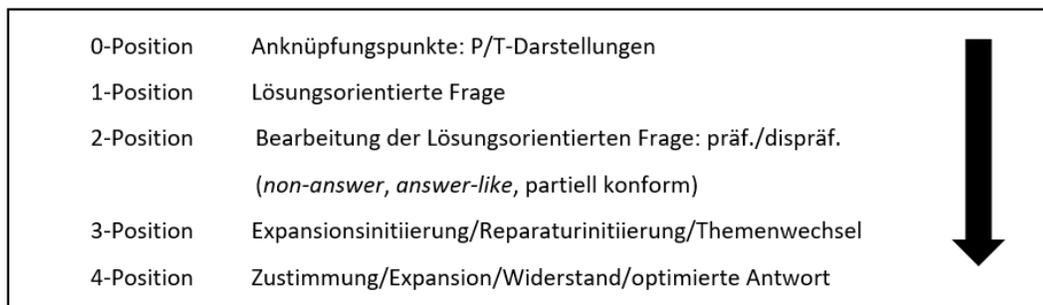


Abb. 3: Sequenzorganisationsmodell Lösungsorientierten Fragen nach Kabatnik et al. (2019)

In diesem adaptierten und erweiterten Modell finden unterschiedliche Präferenzgrade der Patientenantworten, ebenso wie verschiedene Typen therapeutischer Reaktionen stärker Berücksichtigung. So werden dispräferierte Antworten in zweiter Sequenzposition in *non-answer responses*, *answer-like responses* und partiell konforme Antwort differenziert, wodurch unterschiedliche Grade an Widerständigkeit stärker differenziert werden können. Anstelle der ausschließlich auf formalen Eigenschaften basierenden Therapeutenreaktionen bei Kabatnik et al. (2019) treten in dritter Sequenzposition die im Rahmen der Analyse identifizierten Kategorien der Expansionsinitiierung, Reparaturinitiierung und des Themenwechsels. Wie bereits ausführlich dargestellt, unterscheiden sich

diese primär dahingehend, ob sie das resistente oder teilresponsive Angebot des Patienten annehmen und fortführen, die widerständigen Antworten (in Teilen) kritisieren oder einen thematisch neuen Kontext etablieren. Je nachdem, wie der Therapeut seine Äußerung gestaltet, kann der Patient schließlich mit Zustimmung oder Expansion reagieren und damit Bezug auf die therapeutische Stellungnahme nehmen, erneuten Widerstand leisten oder eine optimierte Antwort auf die ursprüngliche Lösungsorientierte Frage aus erster Sequenzposition erbringen.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung lassen darauf schließen, dass kommunikativer Widerstand nach Lösungsorientierten Fragen meist konstruktiv aufgegriffen wird und Therapeuten auf abweichende Relevanzsetzungen und Agenden vorzugsweise in neutraler oder affiliativer Art und Weise reagieren, um die Gesprächsprogression sowie die therapeutische Allianz aufrechtzuerhalten. Insgesamt stellt sich der Umgang mit widerständigen Antworten jedoch als höchst komplexes und inkonsistentes Phänomen dar, das von unterschiedlichen Faktoren, wie der Art und dem Grad des vorausgehenden Widerstands, der individuellen Eigenart von Therapeut und Patient, dem Therapieprozess oder der therapeutischen Zielsetzung abhängt.

Für zukünftige Untersuchungen lassen sich vor diesem Hintergrund weitere Forschungsfragen formulieren. Ein Aspekt, auf den im Rahmen der vorliegenden Untersuchung nur in Grundzügen eingegangen werden konnte, sind die postsequenziellen Entwicklungen der Lösungsorientierten Fragen-Sequenzen. Diesbezüglich könnten die jeweiligen Patientenreaktionen in vierter Position näher betrachtet und therapeutische Praktiken des Widerstandsmanagements hinsichtlich ihrer Effektivität kritisch diskutiert werden. Ein weiterer wichtiger Schritt stellen kontrastive Studien zu unterschiedlichen Fragetypen oder therapeutischen Gesprächsformaten dar. Zu überprüfen wäre demnach, ob und inwiefern sich Unterschiede im Widerstandsmanagement nach anderen therapeutischen Interventionen, wie kollaborativen Erklärungsfindungs- oder Beispielnachfragen, aber auch zu *formulations*, Extensionen und Interpretationen (vgl. Kap.3) beobachten lassen, oder wie sich der Umgang mit Widerstand in alternativen therapeutischen Ansätzen, etwa in kognitiv-behavioralen Therapieformen gestaltet. Um diese Fragen zu beantworten und thera-

apeutische Praktiken des Widerstandsmanagements ausführlicher zu beleuchten, sind weitere Untersuchungen erforderlich und angesichts ihrer unmittelbaren Relevanz für die therapeutische Praxis auch ausdrücklich erwünscht.

9 Literaturverzeichnis

- Antaki, Charles (2008): Formulations in psychotherapy. In: Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (Hrsg.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 26-42.
- Antaki, Charles (2014): How practitioners deal with their clients' "off-track" talk. In: Graf, Eva-Maria / Sator, Marlene / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Discourses of Helping Professions*. Amsterdam: John Benjamins, S. 13-31.
- Arbeitskreis OPD (Hrsg.) (2014): *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung*. 3. Auflage. Bern: Huber.
- Bercelli, Fabrizio / Rossano, Federico / Viaro, Maurizio (2008): Clients' responses to therapists' reinterpetations. In: Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (Hrsg.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 43-61.
- Bilmes, Jack (2015). The Structure of Meaning in Talk: Explorations in Category Analysis, Volume I: Co-categorization, Contrast, and Hierarchy (http://www2.hawaii.edu/~bilmes/structure_of_meaning.pdf)
- Blöcher, Jessica (2017): *Implizite Beispiel-Nachfragen im psychodiagnostischen Gespräch*. Masterarbeit Universität Mannheim (erhältlich bei Thomas Spranz-Fogasy).
- Boyd, Elizabeth / Heritage, John (2006): Taking the history: Questioning during comprehensive history-taking. In: John Heritage / Douglas W. Maynard (Hrsg.): *Communication in medical care: Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge / New York: Cambridge University Press, S. 151-184.
- Brinker, Klaus / Sager, Sven F. (2006): *Linguistische Gesprächsanalyse: Eine Einführung*. 4. Aufl. Berlin: Erich Schmidt.
- Bröcher, Leonie (2017): *Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen. Die Funktionen der Testung, impliziter Kritik und*

Ermittlung tatsächlicher Lösungsmöglichkeit. Masterarbeit Universität Mannheim (erhältlich bei Thomas Spranz-Fogasy).

- Chamberlain, Patricia / Patterson, Gerald / Reid, John / Kavanagh, Kathryn / Forgatch, Marion (1984): Observation of client resistance. *Behavior Therapy* 15(2): 144-155.
- Clayman, Steven (1993): Reformulating the question: A device for answering/not answering questions in news interviews and press conferences. *Text* 13(2): 159-188.
- Deppermann, Arnulf (2008): *Gespräche analysieren. Eine Einführung.* 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deppermann, Arnulf (2009): Verstehensdefizit als Antwortverpflichtung: Interaktionale Eigenschaften der Modalpartikel *denn* in Fragen. In: Susanne Günthner / Jörg Bücker (Hrsg.): *Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung.* Berlin / New York: de Gruyter, S. 23-56.
- Deppermann, Arnulf (2014): Konversationsanalyse: Elementare Interaktionsstrukturen am Beispiel der Bundespressekonferenz. In: Sven Staffeldt / Jörg Hagemann (Hrsg.): *Pragmatiktheorien. Analysen im Vergleich.* Tübingen: Stauffenburg, S. 19-47.
- Deppermann, Arnulf (2015): Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. *InLiSt – Interaction and Linguistic Structures* 51(2015): 1-29.
- Dinger, Ulrike / Fuchs, Magdalena / Köhling, Johanna / Schauenburg, Henning / Ehrenthal, Johannes C. (2019). Change of emotional experience in Major Depression and Borderline Personality Disorder during psychotherapy: associations with depression severity and personality functioning. *Journal of Personality Disorders.* 1-20. doi: 10.1521/pedi_2019_33_420.
- Egbert, Maria (2009): *Der Reparatur-Mechanismus in deutschen Gesprächen.* Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.
- Ehrenthal, Johannes C. / Dinger, Ulrike (2019). Strukturdiagnostik in der Praxis - Von der Indikation zur Therapieplanung. In: *Ärztliche Psychotherapie*, 14, 32-40.

- Ehrenthal Johannes C. / Düx, A. / Baie, L. / Burgmer M. (2019). Levels of personality functioning and not depression predict decline of plasma glucose concentration in patients with type 2 diabetes mellitus. In: *Diabetes Research and Clinical Practice* 151:106-113. doi: 10.1016/j.diabres.2019.04.011
- Eisenmann, Barbara (1995): *Erzählen in der Therapie. Eine Untersuchung aus handlungstheoretischer und psychoanalytischer Perspektive*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Ekberg, Katie / LeCouter, Amanda (2015): Clients' resistance to therapists' proposals: Managing epistemic and deontic status. *Journal of Pragmatics* 90(2015): 12-25.
- Ermann, Michael (2014). In: Wolfgang Mertens (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 1078-1083.
- Flückiger, Christoph / Del Re, Aaron C. / Wampold, Bruce E. / Horvath, Adam O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316-340. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000172>
- Gabbard, Glen O. (2000). *Long-term psychoanalytic psychotherapy: a basic text*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Hayano, Kaoru (2013): Question design in conversation. In: Jack Sidnell / Tanya Stivers (Hrsg.): *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: Blackwell, S. 395-414.
- Hutchby, Ian (2002): Resisting the incitement to talk in child counselling: Aspects of the utterance 'I don't know'. *Discourse Studies* 4(2): 147-168.
- Jennissen, Simone / Huber, Julia / Ehrenthal, Johannes C. / Schauenburg Henning / Dinger, Ulrike (2018). Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. In: *American Journal of Psychiatry*. 175(10):961-969. doi: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847.

- Kabatnik, Susanne / Nikendei, Christoph / Ehrental, Johannes C. / Spranz-Fogasy, Thomas (2019). The Power of LoF. Veränderung durch Lösungsorientierte Fragen im psychotherapeutischen Gespräch. In: Graf, Eva / Scarvaglieri, Claudio / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.). *Pragmatik der Veränderung. Problem- und lösungsorientierte Kommunikation in helfenden Berufen. Studien zur Pragmatik*. Tübingen: Narr: 147-175.
- Koenig, Christopher J. (2011): Patient resistance as agency in treatment decisions. *Social Science & Medicine* 72(2011): 1105-1114.
- Köller, Wilhelm (2004): *Perspektivität und Sprache. Zur Struktur von Objektivierungsformen in Bildern, im Denken und in der Sprache*. Berlin: de Gruyter.
- Konerding, Klaus-Peter (2015): Heilung durch Sprache und Sprechen – Linguistik und Psychotherapie. In: Albert Busch / Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.): *Handbuch Sprache in der Medizin*. Berlin / Boston: de Gruyter, S. 225-242.
- Kwon, Min-Jae (2005): *Modalpartikeln und Satzmodus. Untersuchungen zur Syntax, Semantik und Pragmatik der deutschen Modalpartikeln*. Dissertation Ludwig-Maximilians-Universität München.
- Leirbukt, Oddleif (2008): *Untersuchungen zur temporalen Umfunktionierung des Konjunktivs II im heutigen Deutsch*. Tübingen: Niemeyer.
- Levinson, Stephen C. (2000): *Pragmatik*. Tübingen: Max Niemeyer.
- Lutz, Wolfgang (2010): Was ist Psychotherapie? – Grundlagen und Modelle. In: Wolfgang Lutz (Hrsg.): *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Hans Huber, S. 25-48.
- Lutz, Wolfgang / Klein, John / Mocanu, Sarah / Weimer, Daniel / Stadler, Karoline / Welcher, Antje (2010): Richtungen und Verfahren der Psychotherapie im Überblick 1: Theoretische Orientierungen. In: Wolfgang Lutz (Hrsg.): *Lehrbuch Psychotherapie*. Bern: Hans Huber, S. 125-150.
- Mack, Christina / Nikendei, Christoph / Ehrental, Johannes C. / Spranz-Fogasy, Thomas (2016): „[...] hab ich glaub ich die richtigen fragen

gestellt“. *Therapeutische Fragehandlungen in psychodiagnostischen Gesprächen*. Mannheim: Institut für Deutsche Sprache.

- MacMartin, Clare (2008): Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. In: Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (Hrsg.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 80-99.
- Marciniak, Agnieszka (2017): *Agency in lösungsorientierten Fragen im psychodiagnostischen Gespräch. Agency-Implikationen und Reaktionen in Wunschfrage-Sequenzen*. Masterarbeit Universität Mannheim (erhältlich bei Thomas Spranz-Fogasy).
- Marciniak, Agnieszka / Nikendei, Christoph / Ehrenthal, Johannes C. / Spranz-Fogasy, Thomas (2016): „...durch Worte heilen“ – Linguistik und Psychotherapie. *Sprachreport* 32(3): 1-11.
- Meise, Katrin (1996): *Une forte absence: Schweigen in alltagsweltlicher und literarischer Kommunikation*. Tübingen: Narr.
- Messer, Stanley B. (2002): A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: Vive la Résistance. *In Session: Psychotherapy in Practice* 58(2): 157-163.
- Morick, Louisa (2017): *Kommunikative Praktiken des Widerstands. Widerstand von Patienten auf lösungsorientierte Fragen*. Masterarbeit Universität Mannheim (erhältlich bei Thomas Spranz-Fogasy).
- Muntigl, Peter (2013): Resistance in couples counselling: Sequences of talk that disrupt progressivity and promote disaffiliation. *Journal of Pragmatics* 49(2013): 18-37.
- Muntigl, Peter / Choi, Kwok T. (2010): Not remembering as a practical epistemic resource in couples therapy. *Discourse Studies* 12(3): 331-356.
- Muntigl, Peter / Zabala, Loreley H. (2008): Expandable responses: How clients get prompted to say more during psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction* 41(2): 187-226.
- Muntigl, Peter / Knight, Naomi / Watkins, Ashley / Horvarth, Adam / Angus, Lynne (2013): Active retreating: Person-centered practices to

- repair disaffiliation in therapy. *Journal of Pragmatics* 53(2013): 1-20.
- Newman, Cory F. (2002): A cognitive perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 58(2): 165-174.
- Oelschläger, Eileen (2017): *Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen. Testen, Übertragen der Verantwortung und impliziter Kritik*. Masterarbeit Universität Mannheim (erhältlich bei Thomas Spranz-Fogasy).
- Peräkylä, Anssi (2005): Patients' responses to interpretations: A dialogue between conversation analysis and psychoanalytic theory. *Communication & Medicine* 2(2): 163-176.
- Peräkylä, Anssi (2008): Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect, and intersubjectivity. In: Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (Hrsg.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 100-119.
- Peräkylä, Anssi (2011): After interpretation: Third-position utterances in psychoanalysis. *Research on Language and Social Interaction* 44(3): 288-316.
- Peräkylä, Anssi / Antaki, Charles / Vehviläinen, Sanna / Leudar, Ivan (2008): Analysing psychotherapy in practice. In: Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (Hrsg.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 5-25.
- Pomerantz, Anita / Heritage, John (2013): Preference. In: Jack Sidnell / Tanya Stivers (Hrsg.): *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: Blackwell, S. 210-228.
- Rae, John (2008): Lexical substitution as a therapeutic resource. In: Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (Hrsg.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 62-79.
- Raymond, Geoffrey (2003): Grammar and social organization. Yes/no interrogatives and the structure of responding. *American Sociological Review* 68(6): 939-967.

- Rudolf, Gerd / Grande, Tilman / Henningsen, Peter (Hrsg.) (2010). *Die Struktur der Persönlichkeit. Theoretische Grundlagen zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sacks, Harvey / Schegloff, Emanuel A. / Jefferson, Gail (1974): A simplest systematics for the organisation of turn-taking in conversation. *Language* 50(4): 696-735.
- Scarvaglieri, Claudio (2013): *›Nichts anderes als ein Austausch von Worten‹: Sprachliches Handeln in der Psychotherapie*. Berlin / Boston: de Gruyter.
- Schedl, Evi / Nikendei, Christoph / Ehrenthal, Johannes C. / Spranz-Fogasy, Thomas (2018). Vages Sprechen in psychotherapeutischen Diagnosegesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung 2018 (<http://verlag-gespraechsforschung.de/2018/schedl.html>).
- Schegloff, Emanuel A. (1982): Discourse as an interactional achievement: Some uses of 'uh huh' and other things that come between sentences. In: Deborah Tannen (Hrsg.): *Analyzing discourse: Text and talk*. Washington D.C.: Georgetown University Press, S. 71-93.
- Schegloff, Emanuel (1990): On the organization of sequences as a source of 'coherence' in talk-in-interaction. In: Dorval, Bruce (Hrsg.): *Conversational organization and its development*. Norwood, 51-77.
- Schegloff, Emanuel A. (2007): *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis I*. Cambridge et al.: Cambridge University Press.
- Sidnell, Jack / Tanya Stivers (Hrsg.) (2013): *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester: Blackwell.
- Siebeking-Thompson, Miriam (2017): *Kollaborative Erklärungsfindungsfragen in Psychotherapiegesprächen*. Masterarbeit Universität Mannheim (erhältlich bei Thomas Spranz-Fogasy).
- Spranz-Fogasy, Thomas / Kabatnik, Susanne / Nikendei, Christoph (2018). Wissenskonstitution durch lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen. In: *Rhetorik und Medizin*. Hrsg. von Ernest W.B. Hess-Lüttich. Berlin / Boston: de Gruyter, 2018, 111-133.

- Stivers, Tanya (2005): Parent resistance to physicians' treatment recommendations: One resource for initiating a negotiation of the treatment decision. *Health Communication* 181(1): 41-74.
- Stivers, Tanya (2013). Sequence Organization. In Jack Sidnell / Tanya Stivers (Hrsg.). *The handbook of conversation analysis* (S. 191–209). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Stivers, Tanya / Hayashi, Makoto (2010): Transformative answers: One way to resist a question's constraints. *Language in Society* 39(1): 1-25.
- Stremlau, Philipp (2017): *Kommunikative Praktiken des Widerstands. Patientenwiderstand durch reaktive Ich-weiß-nicht Konstruktionen*. Masterarbeit Universität Mannheim (erhältlich bei Thomas Spranz-Fogasy).
- Stukenbrock, Anja (2013): Sprachliche Interaktion. In: Peter Auer (Hrsg.): *Sprachwissenschaft: Grammatik – Interaktion – Kognition*. Stuttgart: Metzler, S. 217-260.
- Thurmair, Maria (1989): *Modalpartikeln und ihre Kombinationen*. Tübingen: Niemeyer.
- Vehviläinen, Sanna (1999): *Structures of counselling interaction. A conversation analytic study of counselling encounters in career guidance training*. Helsinki: University of Helsinki.
- Vehviläinen, Sanna (2008): Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In: Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (Hrsg.): *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, S. 120-138.
- Voutilainen, Liisa / Peräkylä, Anssi (2016): Interactional practices of psychotherapy. In: Michelle O'Reilly / Jessica Nina Lester (Hrsg.): *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health. Discourse and Conversation Studies*. Basingstoke, Hampshire / New York: Palgrave Macmillan, S. 540-557.
- Waring, Hansun Z. (2005): Peer tutoring in a graduate writing centre: Identity, expertise and advice resisting. *Applied Linguistics* 26(2): 141-168.

- Weiste, Elina (2015): Describing therapeutic projects across sequences: Balancing between supportive and disagreeing interventions. *Journal of Pragmatics* 80(2015): 22-43.
- Weiste, Elina / Peräkylä, Anssi (2013): A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction* 46(4): 299-321.
- Wöller, Wolfgang / Kruse, Johannes (2010). Widerstände sind beziehungsregulierend. Technik der Widerstandsanalyse. In: dies. (Hrsg.). *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden*. Stuttgart: Schattauer, S. 216-232.
- Wolff, Stephan / Meier, Christoph (1995): Das konversationsanalytische Mikroskop: Beobachtungen zu minimalen Redeannahmen und Fokussierungen im Verlauf eines Therapiegesprächs. In: Michael B. Buchholz (Hrsg.): *Psychotherapeutische Interaktion. Qualitative Studien zu Konversation und Metapher, Geste und Plan*. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 49-91.
- Yao, Xue-li / Ma, Wen (2017): Question resistance and its management in Chinese psychotherapy. *Discourse Studies* 19(2): 216-233.
- Zepf, Siegfried (2000). *Allgemeine psychoanalytische Neurosenlehre, Psychosomatik und Sozialpsychologie: ein kritisches Lehrbuch*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zimmermann, Johannes / Ehrental, 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*. 94(5): 522-32. doi: 10.1080/00223891.2012.700664.

10. Anhang²⁴

10.1 Transkriptionskonventionen nach GAT2

[] []	Überlappungen und Simultan- sprechen
°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
(.)	Mikropause, geschätzt, bis ca. 0,2 Sek. Dauer
(-)	kurze geschätzte Pause von ca. 0,2-0,5 Sek. Dauer
(--)	mittlere geschätzte Pause von ca. 0,5-0,8 Sek. Dauer
(---)	längere geschätzte Pause von ca. 0,8-1,0 Sek. Dauer
(0.7)	gemessene Pausen (Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt)
und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
äh öh	Verzögerungssignale, sog. "ge- füllte Pausen"
Hm ja nein / hm_hm ja_a ne_ein	Rezeptionssignale, einsilbig / zweisilbig
((hustet)) ((lacht))	para- und außersprachliche Hand- lungen u. Ereignisse

²⁴ Im Anhang werden Pausen mit zwei Nachkommastellen angegeben.

<<hustend> > <<lachend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
()	unverständliche Passage ohne weitere Angaben
(also)	vermuteter Wortlaut
(also/ach so)	mögliche Alternativen
(+++) / (+++ +++)	ein bzw. zwei unverständliche Silben
((unverständlich, ca. 3 Sek.))	unverständliche Passage mit Angabe der Dauer
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (<i>latching</i>)
[...]	Auslassung eines Teils des Transkripts

10.2 Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Sequenzorganisationsmodell Lösungsorientierter Fragen nach Kabatnik et al. (2019) 40

Abb. 2: Therapeutisches Widerstandsmanagement im Bereich Lösungsorientierter Fragen 152

Abb. 3: Erweitertes Sequenzorganisationsmodell Lösungsorientierten Fragen nach Kabatnik et al. (2019) 156

10.3 Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verteilung der Gesprächssequenzen 154

10.4 Verwendete Transkriptausschnitte

10.4.1 T1_4 (1)

- {00:42:35} **810** T1 °hh ((schmatzt)) °h ham sie für sich ne
hh° (.) ne erklärung wie das so (.) °hhh
- {00:42:41} **811** (0.41)
- {00:42:42} **812** T1 kommt dass sie h°
- {00:42:43} **813** (0.52)
- {00:42:44} **814** T1 dass sie nach ner gewissen zeit
- {00:42:45} **815** (0.3)
- {00:42:46} **816** T1 bei manchen dingen die sie ja mit
intresse und neugierde anfangen
- {00:42:49} **817** (0.32)
- {00:42:50} **818** T1 °hh dann die lust verlässt °h
- {00:42:52} **819** (0.28)
- {00:42:52} **820** T1 °h oder sind des auch bestimmte dinge wo
sie des merken wenn das passiert dann °h
h°
- {00:42:57} **821** P das ist ja der punkt ich weiß es nich
- {00:42:59} **822** (0.41)
- {00:42:59} **823** P ich (.) hab [keinen anhalt]spunkt da ich
weiß es nur °h ((schnieft))
- {00:42:60} **824** T1 [hmhm]
- {00:43:02} **825** (1.59)
- {00:43:04} **826** P es is (.) irgendwann mal der punkt wo_s
mir
kein[en spaß]mehr macht °h dann quäle
ich mich
- {00:43:06} **827** T1 [hmhm]
- {00:43:08} **828** T1 (.) ja
- {00:43:08} **829** P dahin °h und irgendwann mal is der punkt
wo (.) ich absolut (.) keine lust keine
kraft gar nichts mehr habe °h ich komm

dann morgens nich aus_m bett oder sonst
irgend[was o]der °h mir geht_s wirklich
dann auch kör[perlich schlecht

{00:43:16} 830 T1
[ja]

{00:43:18} 831 T1 [((Ein-
atmen, ca. 1,48s))

{00:43:19} 832 (0.39)

{00:43:20} 833 P äh und [ich hab dann abs]olut einfach
keinen bock mehr ich fang dann an mich
einzu [igeln mich einzuschließen °h
]rolladen runter und

{00:43:21} 834 T1 [hhh°]

{00:43:24} 835 T1 [°h ((Ausatmen, ca. 1.44s))]

{00:43:27} 836 (0.38)

{00:43:28} 837 P gut is

{00:43:28} 838 (0.21)

{00:43:28} 839 T1 ((schmatzt)) [°h also][(.) ((Ausat-
men, ca. 1.45s))] (.) f sagen wir mal so
motivations (.) °hhh (.) löcher h° (.)
sind ja ((Sprechansatz)) was was

{00:43:29} 840 P [kein tages][licht gar
nichts mehr]

{00:43:38} 841 (1.01)

{00:43:39} 842 T1 vielen menschen (.) passiert im (.) äh
studium oder sonst wie und dann gibt_s
ja °hh für die meisten

{00:43:44} 843 (0.49)

{00:43:45} 844 T1 irgendwie dann so en ziel so en langfris-
tiges ziel was dann

{00:43:48} 845 (0.31)

{00:43:48} 846 T1 ihnen dazu (.) hilft

{00:43:50} 847 (0.23)

- {00:43:50} **848 T1** durchzuhalten oder so ((Einatmen, ca. 1.11s)) (.) so was (.) bei ihnen irgendeine idee was sie wo sie gerne hin möchten
- {00:43:57} **849 P** ((schmatzt)) ja
- {00:43:57} **850** (0.38)
- {00:43:58} **851 P** [ich hab]eigentlich en klares ziel aber
- {00:43:58} **852 T1** [ja]
- {00:43:60} **853 T1** ah ja und was ist das
- {00:44:01} **854 P** (.) ((schmatzt)) ich möchte mein studium abschließen und später meine eigene firma gründen
- {00:44:05} **855** (0.21)
- {00:44:05} **856 T1** ne eigene firma wofür
- {00:44:06} **857** (0.38)
- {00:44:06} **858 P** °h ((schmatzt)) ähm am liebsten für web-design und programmierung
- {00:44:09} **859 T1** °hh das sind dinge die sie auch (.) machen schon
- {00:44:12} **860 P** das ist meine leidenschaft ja[das mach ich seit] (.) [mehr als zehn jahren (jetzt)]
- {00:44:13} **861 T1** [°hh]
- {00:44:14} **862 T1** [(mal als vor) das wollte] ich nämlich fragen ja sie haben ja jetzt mehr so über die dinge die alle nicht so gut gelaufen sind aber da gibt_s auch was was sie durchgehend °h gerne machen
- {00:44:22} **863 P** ja
- {00:44:23} **864 T1** °hhh
- {00:44:23} **865** (0.68)

{00:44:24} **866** T1 ((schmatzt)) können sie mir ein bisschen darüber erzählen was sie da machen (.) ob_s da so spezielle dinge gibt weil das ist ja erstmal (.) sehr allgemein webdesign das machen viele aber das klingt so als hätten hätten sie da ne bestimmte [°h]

{00:44:35} **867** P [ja web]design mit ähm

{00:44:37} **868** (0.72)

{00:44:37} **869** P programmierung in des (.) in die datenbank rein [°h]

{00:44:40} **870** T1 [ja]

10.4.2 T1_4 (2)

{00:57:33} **948** T1 °h und jetzt h° (.) was
 {00:57:35} **949** (0.23)
 {00:57:35} **950** T1 **denken sie selber (.) wo**
 {00:57:37} **951** (0.85)
 {00:57:38} **952** T1 **w äh ham selber ne ((Sprechansatz))**
 {00:57:39} **953** (0.5)
 {00:57:40} **954** T1 **ne idee (.) was für sie k mh sie ha (.)**
 sagen ja es is_es erste mal dass sie
 jetz (.) hier so erfahrungen machen (.)
 mit psychotherapie mit gruppen (.) mit
 gesprächen (.) ((Einatmen, 1.2 Sek.))
 {00:57:48} **955** (0.67)
 {00:57:49} **956** T1 **wie is das für sie hh°**
 {00:57:51} **957** (0.35)
 {00:57:51} **958** T1 **entsteht da ne idee (.) was sie für sich**
 da (.) erreichen m möchten oder was
 ihnen wichtig sein
 {00:57:56} **959** (0.61)
 {00:57:56} **960** T1 **öh öh äh wichtig is in der therapie h°**
 {00:57:58} **961** (0.32)
 {00:57:59} **962** T1 h°
 {00:57:59} **963** (0.47)
 {00:57:59} **964** P ((schnalzt)) °h (.) was mir sehr hilft
 (.) was mir sehr gut tut is (.) einfach
 diese
 {00:58:03} **965** (0.5)
 {00:58:03} **966** P °h
 {00:58:03} **967** (0.28)
 {00:58:04} **968** P feste struktur die_s hier gibt
 {00:58:05} **969** (0.22)
 {00:58:05} **970** T1 hmhm
 {00:58:06} **971** °h
 {00:58:06} **972** P °h ((schmatzt)) ähm die menschen die
 einfach da sind °h (.) isch hab nich
 hier nich so die möglichkeit misch (.)
 ähm einzuigeln
 {00:58:13} **973** (0.52)

{00:58:13} **974** P zum einen (.) mich so abzuschotten (.)
wie ich das sonst tun würde (.) °hh (.)
hier sind

{00:58:17} **975** (0.35)

{00:58:18} **976** P ((Sprechansatz))

{00:58:18} **977** (0.34)

{00:58:19} **978** P ((brummt)) menschen die einen auch
fragen ja wie geht_s dir äh weil sie
sofort sehn dass es °h (.) nich (.) äh
wenn_s einem nich gut geht einfach auch
((schnalzt))

{00:58:26} **979** (0.38)

{00:58:26} **980** P weil sie selbst auch öh

{00:58:28} **981** (0.31)

{00:58:28} **982** P weil jeder hier seine geschichte [hat]un
s hier geht man einfach mitnander u (.)
anders mitnander um (.) °hh (.) und

{00:58:29} **983** T1 [hmhm]

{00:58:34} **984** (0.29)

{00:58:34} **985** P schon auch (.) die therapien find ich
schon mit

{00:58:37} **986** (0.41)

{00:58:38} **987** P mitunter eigentlich sehr gut °hh

{00:58:40} **988** (0.25)

{00:58:40} **989** P äh äh weil

{00:58:41} **990** (0.38)

{00:58:41} **991** P es werden themen besprochen die ich
eigentlich sonst im gespräch immer mei-
den würde

{00:58:46} **992** (0.62)

{00:58:46} **993** T1 wie zum beispiel

{00:58:47} **994** (0.47)

{00:58:48} **995** P °h

{00:58:48} **996** (0.28)

{00:58:48} **997** P wie zum beispiel meine vergangenheit

{00:58:50} **998** T1 (.) hm[hm]

{00:58:50} **999** P [in der]einzeltherapie zum
beispiel

10.4.3 T2_2 (1)

- {00:28:15} **1363 T2** gibt es möglichkeiten wie sie für sich selbst sorgen können
- {00:28:18} **1364** (0.23)
- {00:28:18} **1365 T2** für sich selbst was gutes tun können
- {00:28:20} **1366** (1.85)
- {00:28:22} **1367 P** also im moment hab ich einfach auch noch keine °h [ich hab]früher seidenmalerei gemacht oder da in der kur hab ich sehr sehr spät mit schmuckstücke
- {00:28:24} **1368 T2**
[hmhm]
- {00:28:28} **1369 T2** hmhm
- {00:28:29} **1370 P** (.) zu basteln angefangen weil am anfang ich hatte den nerv einfach net da[zu]°hh ja und [ss]
- {00:28:33} **1371 T2** [hmhm]
- {00:28:35} **1372 T2** [hmhm]
- {00:28:35} **1373** (1.05)
- {00:28:36} **1374 P** im moment ja familie mehr isses net
- {00:28:38} **1375 T2** hmhm
- {00:28:39} **1376 P** erscht mal kucke dass es dene gut [geht]und des weiß ich dass ich das auch umstellen muss
- {00:28:40} **1377 T2** [hmhm]
- {00:28:43} **1378 T2** hmhm
- {00:28:44} **1379** (1.0)
- {00:28:45} **1380 P** weil ich war ja jahrelang niemand und nichts
- {00:28:47} **1381 T2** hmhm
- {00:28:47} **1382** (0.9)

{00:28:48} **1383** T2 hmhm

{00:28:49} **1384** (0.52)

{00:28:49} **1385** T2 also sch

{00:28:49} **1386** (0.25)

{00:28:50} **1387** T2 schmuck ham sie gemacht in der klinik

{00:28:52} **1388** (0.39)

{00:28:52} **1389** P ja

{00:28:52} **1390** (0.52)

{00:28:53} **1391** T2 in der gestaltungstherapie dann oder

{00:28:54} **1392** P in der freizeit

10.4.4 T3_1 (1)

- {01:29} **036** T3 °h (.) das (.) hab ich jetzt rausgehört zwei dinge zum einen ängste aber zum andern auch (.) niedergeschlagenhei[t stimm]ung und so was [°h] (.) können sie ungefähr zeitlich sagen
- {01:34} **037** P
[ja
]
- {01:35} **038** P [hmhm]
- {01:37} **039** (0.24)
- {01:37} **040** T3 wann es jetzt besonders (.) schlimm geworden is
- {01:39} **041** (0.79)
- {01:40} **042** P ((schmatzt)) hm besonders schlimm war_s so circa vor zwei wochen
- {01:42} **043** (0.2)
- {01:43} **044** T3 hmhm
- {01:43} **045** P °h es ging
- {01:44} **046** (0.46)
- {01:44} **047** P circa vier wochen und da hatt ich (.) starge kopfschmerzen auch (.) ich denk dass des auch von der psychischem belastung he[r kam]
- {01:50} **048** T3
[hmhm
]
- {01:50} **049** (0.2)
- {01:50} **050** P ((Einatmen, ca. 1.24 Sek.))
- {01:52} **051** (0.62)
- {01:52} **052** P mja hh° einfachdieses gedankenkarussel das sich
- {01:56} **053** (0.46)

{01:56} 054 P gedreht hat um (.) [um]
{01:57} 055 T3 [hmhm]
{01:58} 056 (0.72)
{01:58} 057 P beruf
{01:59} 058 (0.56)
{01:59} 059 T3 hmhm
{01:60} 060 (0.55)
{02:00} 061 P äh
{02:01} 062 (0.34)
{02:01} 063 P die (.) also ne krankheit die (.) bei mir
(.) diagnostiziert wurde
{02:04} 064 T3 hmhm
{02:04} 065 P °h letzten sommer des is ne rheumatische
erkrankung un [heißt] morbus bechterew
{02:07} 066 T3
[hmhm]
{02:08} 067 T3 ((schmatzt)) ah ja
{02:08} 068 (0.2)
{02:09} 069 P °h die dann auch (.) die ängste noch ge-
schürt hat (.) wie des mi_m (.) berufsleben
allgemein
{02:14} 070 (0.55)
{02:14} 071 P weitergehn soll un_dann die (.) ungewiss-
heit was überhaupt des richtige für mich
is[t beruflich]was (.) also °h
{02:18} 072 T3 [hmhm]
{02:20} 073 T3 was haben sie da für befürchtungen
{02:21} 074 (0.99)
{02:22} 075 P ähm (.) ich hab die befürchtung zum einen
{02:24} 076 (0.92)

{02:25} 077 P dass ich es körperlich nich schaffen könnte
jetz [wegen] der krankheit

{02:27} 078 T3
[hmhm]

{02:27} 079 (0.69)

{02:28} 080 P die befürchtung is da neu dazugekommen und
ähm und die befürchtung im allgemeinen
°hhh (.) die ich schon immer hab dass ich
(.) mich einfach

{02:35} 081 (0.39)

{02:35} 082 P für_s falsche entscheide dass ich [den
falsch]en weg einschlage irgendwie (.) °h

{02:37} 083 T3 [hmhm
]

{02:39} 084 (0.45)

{02:40} 085 P ja

{02:40} 086 (0.28)

{02:40} 087 P und den dann

{02:41} 088 (0.81)

{02:42} 089 P keine ahnung dass ich den dann nich durch-
ziehn kann oder

{02:44} 090 (0.3)

{02:45} 091 T3 hmhm

{02:45} 092 P ja

{02:45} 093 (0.78)

{02:46} 094 P ja

{02:47} 095 (0.78)

{02:47} 096 T3 also (.) der falsche weg aber

{02:49} 097 (0.25)

{02:49} 098 T3 dann auch

{02:50} 099 (0.34)

- {02:50} 100 T3 wenn sie sich für was entscheiden das nich
- {02:51} 101 (0.99)
- {02:52} 102 T3 nich ff zu vollenden
- {02:54} 103 P °h
- {02:54} 104 T3 können sie mir noch en bischen mehr
[erzählen was sie damit meinen]
- {02:55} 105 P [°hhh] °hh (.) ja
ähm h°
- {02:58} 106 (0.65)
- {02:58} 107 P also
- {02:59} 108 (0.76)
- {02:60} 109 P der falsche weg insofern wenn ich en beruf
anfang (.) dass ich dann ähm
- {03:03} 110 (0.35)
- {03:04} 111 P nich mehr die möglichkeit hab irgendwie (.)
°h
- {03:06} 112 (0.21)
- {03:06} 113 P dort rauszukommen sag ich mal oder nich
mehr den mut hab
- {03:09} 114 (0.2)
- {03:09} 115 P wa f[ür das]noch irgendwas
- {03:09} 116 T3 [hm]
- {03:10} 117 (0.35)
- {03:10} 118 P äh umzuschulen oder so ((Einatmen, ca.
1.03))
- {03:13} 119 (0.31)
- {03:13} 120 P un ja auch allgemein die angst eben h° dass
man nich_s richtige für sich entdeckt h°
- {03:17} 121 T3 hmhm
- {03:17} 122 P äh jetzt is_s richtige auch dass ich mich
jeden tag dafür motivieren könnte also

{03:22} 123 T3 hm[hm]

{03:22} 124 P [auf]zustehen (.) und dafür

{03:23} 125 (1.07)

{03:24} 126 T3 hmhm

{03:25} 127 P ja

{03:25} 128 (0.27)

{03:25} 129 P ((räuspert sich))]

{03:26} 130 T3 wo w]

{03:26} 131 (0.32)

{03:26} 132 T3 **woran würden sie merken dass es das richtige is**

{03:29} 133 (1.83)

{03:30} 134 P ich denk mal im großen und ganzen (.) ähm

{03:32} 135 (0.72)

{03:33} 136 P is es_s wichtigste für mich das der beruf mir irgendwo spass macht un dass er mich irgendwo [glücklich]macht wenn ich [schon klar]dass kein beruf perfekt is un dass auch °h alles seine ähm schattenseiten hat irgendwo un nich alles spaß machen kann aber [°h]

{03:37} 137 T3 [hmhm]

{03:38} 138 T3 [glücklich]

{03:44} 139 T3 [hm]hm

{03:45} 140 P im großen un ganzen (soll des/sollte das) schon der fall sein

{03:47} 141 (0.21)

{03:47} 142 T3 hmhm

{03:47} 143 (1.14)

{03:48} 144 T3 (das/es) klingt jetzt sehr vernünftig wenn sie das so sagen

{03:50} 145 (1.13)
{03:51} 146 P h° (.) ja h°
{03:53} 147 (0.26)
{03:53} 148 T3 ja
{03:53} 149 (1.31)
{03:54} 150 T3 ist ja nichts (.) gegen einzuwenden aber
ich dachte grade so
{03:57} 151 (0.83)
{03:58} 152 T3 wenn die angst auf der einen seite g so
groß ist aber so (.) die
{03:60} 153 (0.63)
{04:01} 154 T3 die vernunft
{04:01} 155 (0.78)
{04:02} 156 T3 ja auch da mit reinspielt un
{04:03} 157 P (.) ja
{04:04} 158 T3 un
{04:04} 159 (0.42)
{04:04} 160 T3 °hh und des auch en spannungsfeld is (.)
also dass sie si[ch]
{04:07} 161 P
[hm]hm
{04:07} 162 (0.38)
{04:08} 163 T3 unsicher sind
{04:08} 164 (0.59)
{04:09} 165 T3 was sie_ch überhaupt wünschen dürfen
{04:10} 166 (0.24)
{04:10} 167 T3 oder trifft_s das nich
{04:11} 168 (0.55)
{04:12} 169 P doch (.) irgendwo schon ja

{04:13} 170 (0.74)

{04:14} 171 T3 °h (.) is das eigentlich ein altes gefühl
was sie schon länger kennen diese unsicher-
heit oder (.) [war_s]ja

{04:17} 172 P [ja]

{04:18} 173 P hmhm (.) auch vor allem vor neuen siduatio-
nen

{04:20} 174 T3 (.) hmhm

10.4.5 T3_1 (2)

- {01:06:49} **375** T ((schmatzt)) °h was passiert denn eigentlich wenn sie allein sind
- {01:06:51} **376** (0.82)
- {01:06:51} **377** P h°
- {01:06:52} **378** (2.96)
- {01:06:55} **379** P hm (.) ich hab immer das gefühl äh allein is_es leben nicht (.) äh lebenswert un
- {01:06:59} **380** (0.35)
- {01:06:59} **381** P wenn ich irgendwas schönes erleb is_es nur halb so schön für mich wenn ich alleine bin wie wenn ich_s mit jemandem teilen kann °h [°h]
- {01:07:04} **382** T [hm]
- {01:07:05} **383** (1.04)
- {01:07:06} **384** T is ganz schön ritterlich
- {01:07:07} **385** (0.28)
- {01:07:07} **386** T dass sie (.) ((Einatmen, ca. 1.08 Sek.)) oder is es (.) ich oder ich hätte mich gefragt ob es auch so ist dass sie_s °h
- {01:07:12} **387** (0.54)
- {01:07:12} **388** T dass es auch so_n inneres verbot gibt (.) dass (.) wenn sie (.) alleine sich
- {01:07:15} **389** (0.32)
- {01:07:16} **390** T freuen dass
- {01:07:16} **391** (0.29)
- {01:07:17} **392** P hmhm
- {01:07:17} **393** (0.36)
- {01:07:17} **394** T dass es nich sein darf
- {01:07:18} **395** (0.3)
- {01:07:19} **396** T oder oder seh ich des falsch

- {01:07:20} **397** (0.31)
- {01:07:20} **398** P nee des (.) so is_es nich
- {01:07:21} **399** T ah so is_es nich
- {01:07:22} **400** P ich hab nur_s gefühl dass ich meine
freude immer mit jemandem teilen (müsst)
also (.) °h
- {01:07:26} **401** (0.51)
- {01:07:26} **402** T hmhm
- {01:07:27} **403** (10.67)
- {01:07:37} **404** T wodurch sie natürlich immer wieder ange-
wiesen sind darauf dass jemand (.) [auch
da is]und
- {01:07:40} **405** P [((schmatzt)) (ja)]
- {01:07:41} **406** P ja
- {01:07:41} **407** T °h ((schmatzt)) auch ihre freude teilen
will und sich genauso drüber freuen
möchte
- {01:07:44} **408** P ((schmatzt)) genau ja
- {01:07:45} **409** (0.28)
- {01:07:45} **410** T (wie sie)
- {01:07:46} **411** (1.38)
- {01:07:47} **412** T (okay)
- {01:07:47} **413** (2.75)
- {01:07:50} **414** T ((schmatzt)) °h wie hätten sie_s denn
gern
- {01:07:51} **415** (1.22)
- {01:07:53} **416** T wenn sie (.) °h (.) sagen würden
- {01:07:55} **417** (0.91)
- {01:07:55} **418** T (was/das) (.) was sie an sich verändern
können
- {01:07:57} **419** (0.38)

- {01:07:58} **420 T** **ich mein jetzt nich die beschwerden des is klar**
- {01:07:59} **421 P** hmhm
- {01:07:60} **422** (1.07)
- {01:08:01} **423 P** was ich [an mir ver]ändern soll
- {01:08:01} **424 T** [+++ +++ +++ +++]
- {01:08:02} **425** (2.28)
- {01:08:04} **426 P** hh°
- {01:08:05} **427** (0.5)
- {01:08:05} **428 P** ähm
- {01:08:06} **429** (0.23)
- {01:08:06} **430 P** ((schmatzt)) ob ich des jemals verändern kann dass ich
- {01:08:08} **431** (1.89)
- {01:08:10} **432 P** hm hm ungern alleine bin des weiß ich nich °hh]
- {01:08:13} **433 T**
hm]
- {01:08:13} **434** (0.47)
- {01:08:14} **435 P** ich weiß auch nich ob ich_s (darauf) also also ob ich_s ändern will weil (.) äh ich genieß des ja (wenn) ich
- {01:08:18} **436** (1.11)
- {01:08:19} **437 P** leuten die mir wichtig sin irgendwa (.) irgendwas zu unternehmen oder
- {01:08:23} **438 T** hmhm
- {01:08:23} **439 P** °h (.) dass die bei mir sin oder
- {01:08:25} **440** (1.77)
- {01:08:26} **441 P** °hh
- {01:08:27} **442 T** ((schnalzt)) aber sie laufen ja schon gefahr °h

- {01:08:29} **443** (0.37)
- {01:08:29} **444** T ähm
- {01:08:30} **445** (0.62)
- {01:08:30} **446** T sich immer wieder von andern abhängig zu machen da[durch]
- {01:08:32} **447** P
[j]a (.) auf jeden f[all](.) °hh
- {01:08:33} **448** T [dass]
- {01:08:34} **449** T jemand da sein muss wie so ne infusion °h
- {01:08:36} **450** P hmhm
- {01:08:36} **451** (0.18)
- {01:08:37} **452** T un_wenn die abgenommen wird dann ham sie angst dass (.) dass es schlimm wird
- {01:08:39} **453** P (.) ja
- {01:08:40} **454** (0.39)
- {01:08:40} **455** P ((schmatzt)) °hh ja des stimmt also ich erhoff mir schon dass ich irgendwo halt auch selbstständig sein kann dass ich
- {01:08:45} **456** (0.55)
- {01:08:46} **457** P ((schmatzt)) un_eigenständig (.) un ohne ängste un ohne heimweh äh [nenn ich_s jetzt]mal °h (.) irgendwo hingehn kann meine (.) eigenen ziele verfol[gen]oder so
- {01:08:49} **458** T [hmhm]
- {01:08:53} **459** T [hmhm]
- {01:08:54} **460** T (.) ((schmatzt)) wie leben sie denn grade eigentlich

10.4.6 T3_1 (3) (01:23:31) – T3_1 (4) (01:24:29) – T3_1 (5) (01:25:14)

{01:20:25} 937 P des hab ich auch

{01:20:26} 938 (0.54)

{01:20:26} 939 P gewusst also wo ich die schule gemacht hab ich hab ja immer irgendn bestimmtes ziel vor augen geha[bt oka]y ich streb jetzt (.) den schulabschluss an ich streb jetzt den (.) [°h]abschluss der ausbildung an un danach (.) hab ich irgendwie so nich mehr_s ziel gesehn ich

{01:20:30} 940 T
[hmhm]

{01:20:34} 941 T [hmhm]

{01:20:38} 942 T hmhm

{01:20:38} 943 P wusst net wo_s ziel (genau des) was äh w[as is e]s ziel wenn ich jeden tag arbeiten gehe und so ähm °hhh (.) ((Sprechansatz)) auch als ks schon immer seitdem ich mich zurück erinnern kann stell ich mir so die frage nach_m sinn des leb [ens wo irgen]d wie der sinn liegt un

{01:20:40} 944 T
[hmhm]

{01:20:43} 945 T hmhm

{01:20:48} 946 T [hmhm]

{01:20:50} 947 (2.13)

{01:20:52} 948 P ich bra ich muss irgendwie in allen nen sinn sehen sonst

{01:20:55} 949 (0.35)

{01:20:55} 950 T °h (.) na ja sie müssen sich wahrscheinlich (.) selber

{01:20:57} 951 (0.58)

{01:20:58}	952	T en sinn
{01:20:59}	953	(0.4)
{01:20:59}	954	T entwickeln
{01:20:60}	955	(0.34)
{01:20:60}	956	P hmhm
{01:21:00}	957	(0.2)
{01:21:00}	958	T weil sonst (.) sind sie (.) ja immer davon abhängig dass sie zum beispiel gebraucht werden und sind für °h
{01:21:05}	959	(0.53)
{01:21:05}	960	T dann der sinn darin liegt für andere da zu sein was die ihnen vorgeben
{01:21:08}	961	P (.) hmhm
{01:21:08}	962	(0.36)
{01:21:09}	963	T aber ich könnt mir vorstellen dass es auf dauer °h
{01:21:10}	964	(1.52)
{01:21:12}	965	T nich das trifft was sie eigentlich möchten
{01:21:14}	966	(0.94)
{01:21:15}	967	P ((schnieft))
{01:21:15}	968	(0.43)
{01:21:15}	969	P ja
{01:21:16}	970	(1.42)
{01:21:17}	971	P ((schluckt)) ja und dann äh war_s dann jetz auch so dass ich mich für en studium beworben hab
{01:21:21}	972	T ((schmatzt)) ab[er]
{01:21:21}	973	P [°h](.) hab den studienplatz auch bekommen des wär

- jetz im märz losge[gang en]
 [aber]°h (.) irgendwie h°
 ((schmatzt)) °h war des jetzt alles
 zu viel was in der letzten zeit
 passiert is (.) [die ge]danken
 die ich mir gemacht hab und ((Ein-
 atmen, ca. 1.13 Sek.)) stand dann
 auch wieder so im zwiespalt soll
 ich des studium anfangen soll ich
 äh die therapie anf[angen]
- {01:21:24} 974 T
 [((schmatzt))] [ach ja]
- {01:21:30} 975 T
 [(ja/hmhm)]
- {01:21:37} 976 T
 [was wär]_s denn sch für en studium
 ge[wesen]
- {01:21:38} 977 P [°h]h° stu-
 dium_d also hat dann irgendwo auch
 wieder mit der ausbildung was zu
 tun
- {01:21:43} 978 T °hh
- {01:21:43} 979 (0.6)
- {01:21:44} 980 T fällt ihnen so was leicht
- {01:21:45} 981 (0.58)
- {01:21:46} 982 T ((schmatzt)) °h ich dacht nämlich
 grade wenn sie sich immer so °h
- {01:21:48} 983 (0.07)
- {01:21:48} 984 T fühlen als ob sie_s vielleicht
 nicht hinkriegen könnten dass es
 vielleicht auch nich [so leicht
]für sie is oder °h
- {01:21:51} 985 P [°hh
]
- {01:21:53} 986 (0.25)
- {01:21:53} 987 T [war das nich]so thema

{01:21:53} 988 P [h°]

{01:21:54} 989 (0.44)

{01:21:54} 990 P ((schluckt)) ähm

{01:21:55} 991 (3.02)

{01:21:58} 992 P h°

{01:21:58} 993 (2.15)

{01:22:00} 994 P also die ausbildung

{01:22:02} 995 (0.44)

{01:22:02} 996 P in der ausbildung war_s so ich hab dort äh

{01:22:04} 997 (0.97)

{01:22:05} 998 P °hhh (.) am anfang war ich noch ziemlich desintressiert weil h° auf der realschule war_s eh so dass man auf lernen kein (.) [kein]bock hatte un eher so

{01:22:12} 999 T [hmhm]

{01:22:14} 1000 (0.72)

{01:22:15} 1001 P noch (.) mit freunden irgendwie rum (.) hängen (.) so im s[inn]hatte un dann °h wurd mir irgendwann bewusst okay des geht jetzt um meine zukunft ich (.) klemm mich dann dahinter [das war]dann so in der mitte der ausbildung (.) °hh ((schmatzt)) hab dann des gefühl gehabt also

{01:22:18} 1002 T [hmhm]

{01:22:23} 1003 T [hmhm]

{01:22:28} 1004 (0.35)

{01:22:28} 1005 P bevor isch

{01:22:29} 1006 (0.6)

- {01:22:29} 1007 P äh wusste okay ich muss mich jetzt dahin[terklemme]n hatt ich des gefühl dass ich_s nich schaff un dann °hh (.) äh hab ich mich extrem dahinter geklemmt sehr viel gelernt un
- {01:22:31} 1008 T [hmhm]
- {01:22:37} 1009 (0.35)
- {01:22:38} 1010 P äh (mehr/mir) mühe gegeben und k[onnt dann]auch die ausbildung so als zweitbester bestehn °hh
- {01:22:39} 1011 T [hmhm]
- {01:22:42} 1012 (0.62)
- {01:22:43} 1013 P wobei es mich dann schon wieder extrem gestört hat dass ich in mathe öhm ((Lachansatz))
- {01:22:47} 1014 T hm [hm]
- {01:22:47} 1015 P [°h]
- {01:22:47} 1016 (0.46)
- {01:22:48} 1017 P äh [ne f]ünf hatte ohne des da hätt ich en besten notenschnitt gehabt
- {01:22:48} 1018 T [((schnief))]
- {01:22:51} 1019 (1.67)
- {01:22:53} 1020 T wer lobt sie denn in solchen situationen
- {01:22:54} 1021 P °h
- {01:22:55} 1022 (0.34)
- {01:22:55} 1023 P h° ja meine (.) meine familie hat mich ((Sprechansatz))
- {01:22:57} 1024 T wer denn aus der [familie]
- {01:22:58} 1025 P [viel]gelobt

{01:22:59} 1026 (0.23)

{01:22:59} 1027 P alle eigentlich

{01:22:60} 1028 ja

{01:22:60} 1029 (1.88)

{01:23:02} 1030 T hm[hm

{01:23:02} 1031 P [ja

{01:23:02} 1032 (0.54)

{01:23:03} 1033 P ((schmatzt)) aber es_s äh auch wieder so dass ich des lob nich entgegennehmen konnte also irgendwie °h
(.) die ham gesagt äh

{01:23:08} 1034 (0.26)

{01:23:08} 1035 P super dass du des geschafft hast un wir sin stolz auf dich und so [un]

{01:23:11} 1036 T [hm]hm

{01:23:12} 1037 P dann hab dacht ich mir ja °hhh

{01:23:14} 1038 (0.7)

{01:23:15} 1039 P ((schmatzt)) gut ich hab des jetzt zwar geschafft aber

{01:23:17} 1040 (1.54)

{01:23:18} 1041 P is ja noch lang nich (.) äh entschieden was so in der zukunft passie[rt ode]r °hh (.) wie ich jetzt in der zukunft (.) bestehe oder so und konnt des lob dann gar net irgendwie annehmen un

{01:23:21} 1042 T [hmhm]

{01:23:26} 1043 T hmhm

{01:23:27} 1044 (0.42)

{01:23:27} 1045 P hab_s für mich selber jetzt auch nich als en großen erfolg ges[ehn irgend]wo

{01:23:30} 1046 T [hmhm]

{01:23:31} 1047 T ((schmatzt)) °h wo soll_s denn hin-
gehn in der zukunft (.) was möchten
sie denn machen

{01:23:34} 1048 (1.04)

{01:23:35} 1049 P ja das wüsst ich auch gerne also
[(ähm/eben)]

{01:23:36} 1050 T
[hmhm]

{01:23:36} 1051 (0.87)

{01:23:37} 1052 T wie kamen sie denn dann darauf °hh
(.) den studiengang sich z für zu
bewerben

{01:23:41} 1053 (0.92)

{01:23:41} 1054 P °h ((schmatzt)) ähm des war einer-
seits so dass ich (.) ja wusste
okay ich hab da jetzt schon (ne) (.)
äh (.) vorerfahrung

{01:23:48} 1055 T (.) hm[hm

{01:23:48} 1056 P [°hh ((schmatzt)) durch die
ganzen programme die ich gelernt
hab un des zeichnerische un foto-
grafien

{01:23:53} 1057 (0.62)

{01:23:53} 1058 P alles mögliche (.) °hh

{01:23:55} 1059 (0.62)

{01:23:56} 1060 P macht mir ja auch spaß h° aber

{01:23:58} 1061 (0.71)

{01:23:58} 1062 P irgendwo is es ja auch so dass_s
(.) dass_s ja viel mit werbung zu
tun hat un[d e]s_s also des find
ich irgendwo

{01:24:01} 1063 T [hmhm]

{01:24:03} 1064 (0.45)

- {01:24:04} 1065 P ja werbung widert mich irgendwo an
also
- {01:24:06} 1066 T hm[hm]
- {01:24:06} 1067 P [°hh](.) die ganzen medien so
beeinflussend sin
[un de]s damit hab ich irgendwie en
problem denke auch dass es (.) ähm
- {01:24:09} 1068 T [hmhm]
- {01:24:12} 1069 (1.01)
- {01:24:13} 1070 P ((schmatzt)) der jugend oder so
- {01:24:14} 1071 (0.44)
- {01:24:15} 1072 P [sch]adet also dass denk auch dass
es mir irgendwo persönlich gescha-
det hat oder sch[ade]t °h immer
von allen möglichen seiten so zuge-
knallt zu werden mit irgendwelchen
sachen die man angebl[ich]haben
muss oder
- {01:24:15} 1073 T [hm]
- {01:24:18} 1074 T
[hmhm]
- {01:24:23} 1075 T [hm]
- {01:24:24} 1076 (0.62)
- {01:24:25} 1077 P °h
- {01:24:25} 1078 T hm
- {01:24:25} 1079 P (.) sein muss können muss (.) und
so weiter
- {01:24:27} 1080 (1.27)
- {01:24:29} 1081 T **((schmatzt)) was bleibt (denn dann)
übrig für sie**
- {01:24:30} 1082 (0.33)
- {01:24:30} 1083 T **mit der qualifikation**
- {01:24:31} 1084 (0.37)

{01:24:32} 1085 T °h

{01:24:32} 1086 (0.46)

{01:24:33} 1087 P ((schmatzt)) nach dem studium

{01:24:34} 1088 (0.21)

{01:24:34} 1089 T hmhm

{01:24:34} 1090 (0.23)

{01:24:34} 1091 P ja ähm

{01:24:35} 1092 (0.72)

{01:24:36} 1093 P dacht ich mir dann so okay dann (.)
wenn ich des studium mach dann muss
ich ja danach nich in die werbung
gehen unbedingt dann [kann ich]ja
°hh des was ich da gelernt hab für
mich am besten nutzen und [ir-
gend]wo ((Sprechansatz)) irgend f f
ich weiß es nich also vielleicht

{01:24:41} 1094 T [hmhm]

{01:24:44} 1095 T [hmhm
]

{01:24:47} 1096 (0.46)

{01:24:48} 1097 P (.) °h mit irgendwas verbinden (.)
mit kindern oder ((Einatmen, ca.
1.29 Sek.))

{01:24:52} 1098 (0.63)

{01:24:52} 1099 P hhh°

{01:24:53} 1100 T hmhm

{01:24:54} 1101 P (.) ich (.) bin mir da noch net so
sicher (.) w[ie]

{01:24:56} 1102 T [hm]hm

{01:24:56} 1103 (0.74)

{01:24:57} 1104 P was des da werden soll (also/oder
so) ich hab auch

{01:24:59} 1105 (0.29)

{01:24:59} 1106 P oft des den wunsch gehabt irgendwie
künstler zu werden dass [da]mit
°hhh

{01:25:03} 1107 T [hmhm]

{01:25:04} 1108 (0.47)

{01:25:04} 1109 P na ja aber h° is irgendwie schwie-
rig

{01:25:07} 1110 (0.3)

{01:25:07} 1111 T hmhm

{01:25:07} 1112 (3.41)

{01:25:11} 1113 T glaub ich

{01:25:11} 1114 (1.03)

{01:25:12} 1115 T °h (.) wenn sie ähm

{01:25:14} 1116 (0.68)

{01:25:14} 1117 T drei wünsche frei hätten

{01:25:15} 1118 (1.03)

{01:25:16} 1119 T ((schmatzt)) abgesehen

{01:25:17} 1120 (0.52)

{01:25:18} 1121 T von ihren eigenen beschwerden (.) °h

{01:25:20} 1122 (0.28)

{01:25:20} 1123 T was würden sie sich wünschen

{01:25:21} 1124 (1.6)

{01:25:22} 1125 P ((Einatmen, ca. 1.06 Sek.))

{01:25:23} 1126 (0.41)

{01:25:24} 1127 P °h

{01:25:24} 1128 (0.21)

{01:25:24} 1129 P ((schnauft)) h° na ja des_s (.) ne
schwierige frage als[o]

{01:25:27} 1130	T	[hm]hm
{01:25:27} 1131		(1.95)
{01:25:29} 1132	P	einerseits belastet mich des wenn ich (.) mitbekomm dass es irgendwo (.) °h auf der welt irgendjemandem schlecht geht egal aus welchen gründen un [da]ss (.) dass die hunger haben (oder da) (.) °h (.) oder irgendwelche naturkatastrophen un_ich fühl mich dann auch schon wieder (.) dadurch (.) schuldig und schlecht weil
{01:25:36} 1133	T	[hm]
{01:25:44} 1134	T	hmhm
{01:25:44} 1135		(0.36)
{01:25:45} 1136	P	uns geht_s ja hier eigentlich gut oder könnte es gut gehn °h wenn wir uns die probleme net [sel]ber machen würden oder gegenseitig [machen]würden (.) °h
{01:25:48} 1137	T	[hm]
{01:25:50} 1138	T	[hmhm]
{01:25:51} 1139		(0.95)
{01:25:52} 1140	P	mir geht_s dann irgendwie (.) gar net so gut un_deswegen
{01:25:55} 1141		(0.62)
{01:25:56} 1142	P	hab ich da schon (.) irgendwie (.) schuldgefühle (oder) s[o]
{01:25:58} 1143	T	[hm]hm
{01:25:58} 1144	P	°h deswegen würd ich denk ich ma erstens ma wollen dass es äh auf der welt (ähm/irgendwie)
{01:26:03} 1145		(0.38)

Läpple et al.: Patientenwiderstand in psychodiagnostischen Gesprächen

{01:26:03} 1146 P frieden gibt je[dem g]ut geht jeder
genug (.) [irgendwie z]um leben hat

{01:26:04} 1147 T [hmhm]

{01:26:05} 1148 T [hmhm]

{01:26:06} 1149 (0.38)

{01:26:07} 1150 P ((Einatmen, ca. 1.2 Sek.))

{01:26:08} 1151 (0.44)

{01:26:08} 1152 P °hhh ((schmatzt)) öhm h°

{01:26:10} 1153 (2.08)

{01:26:12} 1154 P dann als zweites würd ich mir ein-
fach wünschen (also)

{01:26:15} 1155 (0.37)

{01:26:15} 1156 P egal wie °hh

{01:26:17} 1157 (0.34)

{01:26:17} 1158 P ((Sprechansatz)) wie die zukunft
aussieht egal ähm h°

{01:26:19} 1159 (0.85)

{01:26:20} 1160 P ((schmatzt)) was ich mach oder so
hauptsache is dass ich glücklich bin

{01:26:23} 1161 (0.29)

{01:26:23} 1162 P [so]des gefühl (.) °hhh

{01:26:23} 1163 T [hmhm]

{01:26:25} 1164 (0.34)

{01:26:26} 1165 P von glücklichkeit und (.) lachen
können und s[o]

{01:26:28} 1166 T [hmhm]

{01:26:28} 1167 (2.42)

{01:26:30} 1168 T einen wunsch hätten sie noch frei

Läpple et al.: Patientenwiderstand in psychodiagnostischen Gesprächen

{01:26:32}	1169		(3.82)
{01:26:35}	1170	P	ja (.) °h ((schmatzt))
{01:26:37}	1171		(2.4)
{01:26:39}	1172	P	((schmatzt))
{01:26:39}	1173		(1.3)
{01:26:41}	1174	P	((schluckt))
{01:26:41}	1175		(2.39)
{01:26:43}	1176	P	((schmatzt)) der dritte wunsch also is (.) schwierig sich da auf irgend- was festzulegen
{01:26:47}	1177		(0.52)
{01:26:48}	1178	P	°hh
{01:26:48}	1179		(2.13)
{01:26:50}	1180	P	ja
{01:26:51}	1181		(0.74)
{01:26:52}	1182	P	dass es jedem gut geht des
{01:26:53}	1183		(0.37)
{01:26:54}	1184	P	hab ich ja schon gesagt
{01:26:55}	1185	T	hmhm
{01:26:55}	1186	P	(.) hmhm (.) des glücklich sein ((Einatmen, ca. 1.06 Sek.))
{01:26:58}	1187		(0.2)
{01:26:58}	1188	P	öhm h°
{01:26:59}	1189		(0.2)
{01:26:59}	1190	P	((schluckt))
{01:26:60}	1191		(3.76)
{01:27:03}	1192	P	°h ((schmatzt)) ja der erste wunsch sch sch schließt ja viel mit ein
{01:27:06}	1193		(0.2)

{01:27:06} **1194** T hmhm
{01:27:06} **1195** (0.21)

10.4.7 T3_1 (6)

- {01:27:06} **1196 T ((schmatzt)) hätten sie auch_n ganz ego-
istischen wunsch der nur sie selber be-
treffen würde**
- {01:27:09} **1197 (1.55)**
- {01:27:11} **1198 T abgesehn von den beschwerden**
- {01:27:12} **1199 (3.03)**
- {01:27:15} **1200 P °hh**
- {01:27:15} **1201 (0.44)**
- {01:27:16} **1202 P h°**
- {01:27:16} **1203 (4.65)**
- {01:27:21} **1204 P h°**
- {01:27:21} **1205 (3.48)**
- {01:27:25} **1206 P hm ja des**
- {01:27:26} **1207 (2.35)**
- {01:27:28} **1208 P weiß ich (no) net also**
- {01:27:29} **1209 (0.62)**
- {01:27:30} **1210 P °h (.) irgendwie ((Lachansatz)) (.) schl
schließen meine wünsche immer a andere
leute mit [ein a]lso**
- {01:27:34} **1211 T [hmhm]**
- {01:27:34} **1212 (0.37)**
- {01:27:35} **1213 P °h**
- {01:27:35} **1214 (1.37)**
- {01:27:37} **1215 P (schon) dass ich**
- {01:27:37} **1216 (0.48)**
- {01:27:38} **1217 P jemanden hab der**
- {01:27:39} **1218 (1.29)**
- {01:27:40} **1219 P um auf dem ich mit ner äh auf ner w wel-
lenlänge**

bi[n u]n (.) °hh (.) wir viel gleiche
interessen haben oder s[o]

{01:27:43} **1220** T [hmhm]

{01:27:46} **1221** T [hm]hm

{01:27:46} **1222** (0.69)

{01:27:47} **1223** P °hhh

{01:27:48} **1224** (0.37)

{01:27:48} **1225** P ((schluckt))

{01:27:48} **1226** (1.0)

{01:27:49} **1227** T **klingt so als ob des auch v vielleicht
en wichtiges thema sein könnte (dass)**

{01:27:53} **1228** (3.68)

{01:27:56} **1229** T **eigene wünsche zu entwickeln und die
auch**

{01:27:58} **1230** (1.67)

{01:27:60} **1231** T **umzusetzen**

{01:28:01} **1232** (0.96)

{01:28:01} **1233** T **auch wenn sie_s bisher immer anders ge-
macht haben**

{01:28:03} **1234** (1.45)

{01:28:05} **1235** P hmhm

{01:28:05} **1236** (0.43)

{01:28:06} **1237** P ja

{01:28:06} **1238** (1.15)

{01:28:07} **1239** P ((Sprechansatz))

{01:28:08} **1240** (0.84)

{01:28:08} **1241** P ja (.) irgendwo is_es mir schon immer
schwer gefall[en entschei]dungen zu
treffen

{01:28:11} **1242** T
[hmhm
]
{01:28:12} **1243** (1.94)
{01:28:14} **1244** T hmhm
{01:28:14} **1245** (0.6)
{01:28:15} **1246** T ((schmatzt)) °h
{01:28:15} **1247** (0.26)
{01:28:15} **1248** T °hhh
{01:28:16} **1249** (0.66)
{01:28:17} **1250** T wir kommen jetzt langsam richtung der
zeitgrenze
{01:28:18} **1251** P hmhm
{01:28:19} **1252** T gibt es irgendwas wichtiges wo sie sagen
das würde noch FEHlen (.) °h
{01:28:22} **1253** (0.46)
{01:28:22} **1254** T dass
{01:28:23} **1255** (0.23)
{01:28:23} **1256** T wichtige (.) ereignisse wichtige ding[e
[...]
{01:31:25} **1363** T ((schmatzt)) also träume gibt_s auch ne-
ben den ängsten
{01:31:26} **1364** (0.32)
{01:31:27} **1365** P ja
{01:31:27} **1366** (0.24)
{01:31:27} **1367** T hmhm
{01:31:27} **1368** (0.48)
{01:31:28} **1369** P viele (.) also (über/aber) die über-
schneiden sich[immer s]o

{01:31:30} 1370 T
[hmhm]

{01:31:30} 1371 (0.76)

{01:31:31} 1372 P °h [((schmatzt)) ((unverständlich))]

{01:31:31} 1373 T [aber zum wunsch reicht_s dann
]nich [zu dem (.) dritten]

{01:31:33} 1374 P
[°hh
]°hhh nee hh°

{01:31:35} 1375 T hmhm da umschließen die ängste dann wieder ihre (.) die unsicherheit

{01:31:38} 1376 (0.2)

{01:31:38} 1377 P ja

{01:31:39} 1378 (0.33)

{01:31:39} 1379 P oder obwohl wenn sie jetzt

{01:31:40} 1380 (0.46)

{01:31:41} 1381 P wieder auf den wunsch zurückkommen vielleicht würd ich mir wünschen schon irgendwann °h äh als künstler (.) mein lebensunterhalt verdien[en zu]können

{01:31:47} 1382 T [ah ja]

10.4.8 T3_1 (7)

- {01:32:33} 1415 T ((schmatzt)) °h nun machen_s ja die meisten dass es: so dass es für die andern schwierig wird es nich mitzumachen
- {01:32:37} 1416 (1.13)
- {01:32:38} 1417 T so dass man da auch ja meistens kompromisse machen muss in
- {01:32:41} 1418 (0.4)
- {01:32:41} 1419 T i[m leben]
- {01:32:41} 1420 P [ja]
- {01:32:42} 1421 (0.85)
- {01:32:43} 1422 T ((schmatzt))
- {01:32:43} 1423 (0.53)
- {01:32:43} 1424 T (wahrscheinlich ja jetzt eher darum) geht (.) wie
- {01:32:45} 1425 (0.27)
- {01:32:45} 1426 T wo können sie kompromisse machen so dass sie °h
- {01:32:48} 1427 (0.56)
- {01:32:48} 1428 T immer noch d
- {01:32:49} 1429 (0.35)
- {01:32:49} 1430 T des machen (.) was sie machen möchten aber
- {01:32:51} 1431 (0.22)
- {01:32:51} 1432 T auf ne art und weise die auch möglich is für sie
- {01:32:53} 1433 (0.63)
- {01:32:54} 1434 P hmhm
- {01:32:54} 1435 (0.5)

- {01:32:55} **1436** P (ja/na) irgendwo ko bekommt man halt auch immer eingeredet man müsste reich sein
- {01:32:58} **1437** (0.29)
- {01:32:58} **1438** P ((schmatzt)) wa[s weiß]ich um glücklich zu sein oder des un des alles haben un °h irgendwo wirkt des ja auch schon auf einen so
- {01:32:58} **1439** T [hm]
- {01:33:04} **1440** T (.) hmhm,
- {01:33:04} **1441** P °hh
- {01:33:05} **1442** (0.43)
- {01:33:05} **1443** P ((Ausatmen, ca. 1.83 Sek.)) un irgendwo (was weiß) wenn ich mich +++ also des ekelt mich dann halt an
- {01:33:10} **1444** (0.41)
- {01:33:11} **1445** T hmhm
- {01:33:11} **1446** (1.01)
- {01:33:12} **1447** T ((schmatzt)) aber vielleicht gibt_s ja °hh
- {01:33:14} **1448** (0.88)
- {01:33:15} **1449** T vielleicht gibt_s ja ne hintertür
- {01:33:16} **1450** (0.7)
- {01:33:17} **1451** T die (.) sie noch nich kennen
- {01:33:18} **1452** (0.97)
- {01:33:19} **1453** T die (.) vielleicht en kompromiss auch darstellt [zwischen]beiden welten
- {01:33:21} **1454** P [hmhm]
- {01:33:21} **1455** (0.25)
- {01:33:22} **1456** P hmhm,
- {01:33:22} **1457** T in beiden (.) der wunschwelt und in (.) der realität und den (.) äng[sten]

{01:33:25} **1458** P [ja]

{01:33:25} **1459** (0.62)

{01:33:26} **1460** T und so

{01:33:26} **1461** (0.81)

{01:33:27} **1462** P ja ich hab auch immer en f komisches gefühl gehabt wenn ich (.) geld ausgegeben hab [in dem]moment also war egal für was (.) [ganz k]omisches gefühl (.) °hh

{01:33:30} **1463** T [hmhm,]

{01:33:32} **1464** T [hmhm,]

{01:33:34} **1465** (0.21)

10.4.9 T3_2 (1)

- {34:07} 182 T ((schnalzt)) mit (.) mit was für_ner °h
- {34:08} 183 (0.49)
- {34:09} 184 T einstellung sind sie denn gekommen
- {34:10} 185 (0.25)
- {34:11} 186 **T ich mein (.) was erhoffen sie sich oder was**
- {34:12} 187 (0.5)
- {34:13} 188 **T würden sie sich wünschen (.) °h
sof[ern sie sich über]haupt_n wunsch zuge-
stehen dürfen**
- {34:14} 189 P [ich]
- {34:16} 190 P hm des
- {34:16} 191 (0.26)
- {34:17} 192 P geht schon gar nicht weil mir wurd der gleich
(genommen) ((lacht)) hh° ich bin eigentlich
so mit dem
- {34:21} 193 (1.08)
- {34:22} 194 P wunsch oder dinge (.) im hirn gekommen ähm
- {34:25} 195 (0.26)
- {34:25} 196 P dass ich vergessen kann
- {34:26} 197 (0.32)
- {34:27} 198 T hmhm
- {34:27} 199 (0.27)
- {34:27} 200 T °hhh]
- {34:28} 201 P dass ich wir]klich (.) ((schnalzt)) (.) ver-
gessen kann
- {34:30} 202 (0.46)
- {34:30} 203 P °hh aber (so en fall) geht nicht ich kann nur
lernen damit umzugehen
- {34:34} 204 T hmhm

{34:34} 205 P aber

{34:35} 206 (0.39)

{34:35} 207 T ((schmatzt)) °hh des wär schön wenn man einfach nochmal ganz von vorn anfangen könnte und alle[s (.) vergess]en wieder °hh was es an (.) schwierigen sachen an (.) an kränkungen an an °h [((unverständlich))]

{34:39} 208 P [h° ja]

{34:43} 209 P [ich weiß nur nich (wirklich)] wie ich damit umgehen soll (.) ähm ich [wüsst nich wie ich] das aufbauen könnte

{34:45} 210 T [hmhm]

10.4.10 T3_2 (3)

- {56:03} 1274 T das heißt sie wissen_s gar nicht eigentlich
wie man sich auch gut streiten kann
- {56:06} 1275 (0.38)
- {56:06} 1276 P nee
- {56:06} 1277 (1.82)
- {56:08} 1278 T hmhm
- {56:08} 1279 (2.32)
- {56:11} 1280 P ((schmatzt)) gut streiten
- {56:12} 1281 (0.75)
- {56:12} 1282 T hmhm
- {56:13} 1283 (1.87)
- {56:15} 1284 P hm
- {56:15} 1285 (1.26)
- {56:16} 1286 T **hätten sie das vorstellen können (.) wie
des (.) so aussehen könnte oder wie sie_s
gerne hätten**
- {56:19} 1287 (0.95)
- {56:20} 1288 P mhmh
- {56:21} 1289 (0.31)
- {56:21} 1290 P wusst ich gar nicht
- {56:22} 1291 T (.) hmhm
- {56:22} 1292 P (.) ja
- {56:23} 1293 (0.6)
- {56:23} 1294 T **und wenn sie en bisschen fantasieren würden**
- {56:24} 1295 (2.15)
- {56:27} 1296 P äh gut streiten
- {56:28} 1297 (0.25)
- {56:28} 1298 T hmhm

{56:28} **1299** (2.24)

{56:31} **1300** P ja ich denk gut streiten is einfach ähm (.)
°h

{56:33} **1301** (0.24)

{56:33} **1302** P sachlich zu bleiben einfach (.) [äh in ner
]gewissen tonlage zu bleiben und da nich
hinauszugehen und einfach (.) °h des
auszudiskutieren

{56:34} **1303** T [hmhm
]

{56:39} **1304** (0.46)

{56:40} **1305** P und dann natürlich_n nenner zu finden

{56:41} **1306** T hmhm

10.4.11 T3_2 (5)

{01:19:28} 1038 P ich weiß einfach nich wie ich das irgendwie so zulassen kann (.) [das ers]te mal hilfe annehmen

{01:19:31} 1039 T [hmhm]

{01:19:32} 1040 (0.2)

{01:19:32} 1041 T °h [wär das en thema für]sie

{01:19:33} 1042 P [((unverständlich))]

{01:19:34} 1043 P ((schnieft))

{01:19:34} 1044 (0.56)

{01:19:35} 1045 T das sie gern bearbeiten möchten hier

{01:19:36} 1046 (2.33)

{01:19:39} 1047 P ja

{01:19:39} 1048 (0.29)

{01:19:39} 1049 P irgendwie +++ schon aber irgendwie weiß ich nich wie man des bearbeiten soll

{01:19:42} 1050 T (.) hmhm

{01:19:42} 1051 (1.41)

{01:19:44} 1052 P [also ich wür]d gern sagen ja ich (.) so im (zeitpunkt) ja ich würd des wirklich so hundertprozent ohne (nebengedanken ich möchte die) hilfe und ich möcht_s annehmen und °hh]

{01:19:44} 1053 T [hmhm]

{01:19:51} 1054 T
aber] das

{01:19:52} 1055 (0.31)

{01:19:52} 1056 T find ich erstaunlich weil °h

{01:19:53} 1057 (0.53)

{01:19:54} 1058 T ähm

{01:19:54} 1059 (0.2)

- {01:19:54} **1060 T** ich wüsste gar nicht wie das geht (.)
dass man
- {01:19:56} **1061** (0.38)
- {01:19:57} **1062 T** zu hundert prozent ohne (null gedanken
rangehen) kann
- {01:19:59} **1063** (0.3)
- {01:19:60} **1064 P** ich auch nicht aber ich will das kriegen
(lacht)
- {01:20:02} **1065 T** ja und wenn
- {01:20:03} **1066** (0.2)
- {01:20:03} **1067 T** und wenn sie die hilfe annehmen obwohl
sie (.) hintergedanken haben und viel-
leicht nicht zu hundert prozent sicher
sind
- {01:20:07} **1068** (0.76)
- {01:20:08} **1069 P** naja glaub ich des is ja des was ich
schon die ganze zeit hatt ich kann mich
da noch nicht so drauf einlassen
- {01:20:12} **1070 T** hmhm

10.4.12 T4_1 (1)

- {00:41:22} 1238 T4 wäre des wichtig dass sie besser mit sich umgehen
- {00:41:25} 1239 (1.76)
- {00:41:27} 1240 P hm ja ich denke
- {00:41:28} 1241 (0.85)
- {00:41:29} 1242 P ich denke schon also ich k kenn das auch dass ich manchmal wenn es mir °h (.) schlecht geht so
- {00:41:35} 1243 (1.88)
- {00:41:37} 1244 P nicht äh selbstzerstörerisch aber dass ich ((atmet ein; ca. 1,15 sec.)) ja dass ich nicht auf mich achte oder auch
- {00:41:43} 1245 (1.73)
- {00:41:45} 1246 P ob jetzt bei meiner alten wohnsituation oder bei (.) solchen sachen dass wenn ich merke es ist eigentlich nicht gut so wie es ist aber dass ich das °h nicht ernst nehme und immer denke
- {00:41:54} 1247 (0.6)
- {00:41:55} 1248 P naja is halt ne neue erfahrung und kann man ja auch was draus lernen oder es geht immer noch schlimmer °h
- {00:42:01} 1249 (1.16)
- {00:42:02} 1250 P aber
- {00:42:03} 1251 (0.57)
- {00:42:04} 1252 P ja dass ich dann dass ich
- {00:42:05} 1253 (1.17)
- {00:42:07} 1254 P nicht das gefühl habe ich ähm
- {00:42:08} 1255 (1.59)
- {00:42:10} 1256 P kann mich da so
- {00:42:11} 1257 (0.46)

{00:42:12} 1258 P für wichtig[nehmen und]mir halt

{00:42:12} 1259 T4 [hmhm]

{00:42:14} 1260 (0.86)

{00:42:15} 1261 P da was gutes tun oder dass ich
(Sprechansatz) °h

{00:42:17} 1262 (1.64)

{00:42:19} 1263 P ja immer (hinterher/eher) ein schlech-
tes gewissen habe weil ich mir was gu-
tes tue oder auch wenn ich mir was
kaufe selber dass ich dann immer °h (.)
dass ich mir schlecht sachen gönnen
kann

{00:42:28} 1264 T4 hmhm

{00:42:28} 1265 (0.85)

{00:42:29} 1266 T4 hmhm

{00:42:30} 1267 (1.25)

{00:42:31} 1268 T4 **was denken sie woher des kommt**

{00:42:32} 1269 (3.69)

{00:42:36} 1270 P hmhm

{00:42:37} 1271 (3.07)

{00:42:40} 1272 P hm ja ich glaube das kommt einerseits
so von dem

{00:42:43} 1273 (0.91)

{00:42:44} 1274 P drang (.) immer dass ich (.) das gefühl
hab ich bin nicht so in ordnung wie ich
bin sondern[ich muss immer °h](.) mich
weiterentwickeln oder neues lernen °h

{00:42:49} 1275 T4 [hmhm
(.) okay]

10.4.13 T4_2 (2)

{01:00:11} 515 T4 °hhh denken sie denn dass
 {01:00:14} 516 (0.61)
 {01:00:14} 517 T4 irgend (.) was
 {01:00:16} 518 (0.89)
 {01:00:17} 519 T4 ((brummt)) un_das ist ihr (intensives)
 erleben empfinden
 {01:00:20} 520 (1.37)
 {01:00:22} 521 T4 h°
 {01:00:22} 522 (1.15)
 {01:00:23} 523 T4 auch mit dem tod ihrer (.) zwillings-
 schwester zusammenhängen könnte
 {01:00:26} 524 (1.36)
 {01:00:28} 525 T4 °hh h°
 {01:00:29} 526 (2.62)
 {01:00:32} 527 P °h (.) mittlerweile (.) glaub ich_s (.)
 wieder
 {01:00:35} 528 (0.89)
 {01:00:36} 529 P weil es wa einfach wieder [äh]absolut
 wieder thema °h [und es]is hier wieder
 aufgetaucht
 {01:00:37} 530 T4 [ja]
 {01:00:39} 531 T4
 [hmhm
]
 {01:00:41} 532 T4 hmhm
 {01:00:41} 533 (0.6)
 {01:00:42} 534 P ich hatte schon einige gespräche darüber
 ähm [h°
 {01:00:44} 535 T4
 [hmhm

{01:00:45} **536** (0.53)

{01:00:45} **537** P davor hab ich gedacht ich hab_s (.) eigentlich

{01:00:48} **538** (1.63)

{01:00:49} **539** P [f]ür mich abgeschlossen oder ich komm damit klar

{01:00:49} **540** T4 [n]

{01:00:51} **541** T4 (.) hmhm ((schnalzt)) und der gedanken war (.) und der gedanke gab_s auch früher schonmal

{01:00:55} **542** (0.24)

{01:00:56} **543** P mh ((schmatzt)) ja na natürlich (.) also ich hab mich seit ich des durch deg öh

{01:00:59} **544** (0.41)

{01:00:60} **545** P also seit ich öhm es erzählt bekommen ha[b ich]war da °hhh neun oder zehn jahre alt (.)
ä[hm]h°

{01:01:02} **546** T4
[hmhm]

{01:01:05} **547** T4 [hmhm]

{01:01:06} **548** T4 (.) hmhm

{01:01:06} **549** P (.) ((schmatzt)) ja seitdem hab ich halt mich das immer (.) wieder [ähm beschäf]tigt (so un) es kam halt immer

{01:01:08} **550** T4 [hmhm]

{01:01:11} **551** (0.5)

{01:01:11} **552** P z[um beispiel fra]gen auf wie

{01:01:11} **553** T4 [hmhm]

{01:01:13} **554** (0.23)

{01:01:13} **555** P ((Einatmen, 1.42 Sek))

{01:01:14} **556** (0.29)

{01:01:15} 557 P wie wär mein leben (.) an sich verlaufen
h° wenn_s jemand anderen gegeben hätte
also (ob_s) meine zwillingsschwester (.)
wie wär diese person an sich ((Einatmen,
1.43 Sek.))

{01:01:23} 558 T4 hmhm

{01:01:24} 559 (0.98)

{01:01:25} 560 P mh ((schmatzt)) ja h° oft auch gewünscht
dass genau so (ne person) h° jetzt ir-
gendwie da sein (.) sollte un einfach

{01:01:32} 561 (0.22)

{01:01:32} 562 T4 hmhm

{01:01:32} 563 (0.21)

{01:01:33} 564 P weil man (.) in gewissen situationen_s
einfach gebraucht hätte

{01:01:35} 565 (0.52)

{01:01:36} 566 T4 hmhm

{01:01:36} 567 (2.44)

{01:01:39} 568 T4 ((schmalzt)) (ja) wo sie vielleicht ja
auch schon was

{01:01:40} 569 (0.4)

{01:01:41} 570 T4 gemeinsames erlebt hatten im mutterleib
ne

{01:01:43} 571 (3.62)

{01:01:47} 572 P ((schmatzt)) ja h°

{01:01:48} 573 (5.21)

{01:01:53} 574 P hab ich natürlich auch teilweise ne

{01:01:55} 575 (1.99)

{01:01:57} 576 P ((schmatzt))

{01:01:57} 577 (0.2)

{01:01:57} 578 P schuldfrage aufgekommen

- {01:01:58} **579** (0.78)
- {01:01:59} **580** P beziehungsweise hm ne sinnfrage warum
(.) warum ich wenn ich sie
- {01:02:03} **581** (2.77)
- {01:02:06} **582** T4 hmhm h°
- {01:02:07} **583** (3.98)
- {01:02:11} **584** P ((schmatzt))
- {01:02:11} **585** (0.41)
- {01:02:12} **586** P auf der rationalen (.) ebene kann ich
natürlich sagen mh mich kann da keine
schuld treffen
- {01:02:16} **587** T4 hmhm
- {01:02:17} **588** (1.04)
- {01:02:18} **589** P ich war h° ich war ein h° lebewesen was
grad herangewachsen is [und i]ch kann da
nicht irgend[wie
- {01:02:22} **590** T4 [hmhm]
- {01:02:22} **591** T4 [hmhm
- {01:02:23} **592** (0.25)
- {01:02:24} **593** P einfluss dra[uf gehabt haben (.) aktiv]
- {01:02:24} **594** T4 [°hhh
]h° hmhm h°
- {01:02:27} **595** (0.92)
- {01:02:28} **596** T4 ((schmatzt)) aber es macht sie sehr
traurig ne
- {01:02:30} **597** (0.23)
- {01:02:30} **598** P ja
- {01:02:30} **599** (0.3)
- {01:02:31} **600** P es is (.) ja auf der einen seite die ra-
tionale logik auf der andern die emotio-
nale logik

- {01:02:35} **601** (0.35)
- {01:02:35} **602** T4 hm [hm]
- {01:02:35} **603** P [die]lässt sich (in dem)
- {01:02:36} **604** (1.08)
- {01:02:37} **605** P fall nich verbinden
- {01:02:38} **606** (0.88)
- {01:02:39} **607** P ((schnalzt)) oder nachvollziehen
- {01:02:40} **608** (1.28)
- {01:02:42} **609** T4 pü vielleicht ja auch weil (.) sie haben
gesagt des is auch bisschen +++ auch
ihre ältere schwester erstmal gefunden
haben die is ja dann so die
- {01:02:48} **610** (0.24)
- {01:02:48} **611** T4 °h
- {01:02:48} **612** (0.28)
- {01:02:49} **613** T4 hat ja dann au irgendwie so eher ihren
ganz eigenen geradlinigen weg
- {01:02:52} **614** (0.38)
- {01:02:52} **615** T4 bestritten und
- {01:02:53} **616** P ((schmatzt)) ja °h
- {01:02:54} **617** (1.41)
- {01:02:56} **618** T4 da wünscht man sich halt jemand ne dass
jemand (.) irgendwie auch
- {01:02:59} **619** (1.27)
- {01:02:60} **620** T4 irgend ne art von verbundenheit oder
stetichkeit
- {01:03:03} **621** (0.75)
- {01:03:03} **622** P ((schnalzt)) ja [h°]
- {01:03:04} **623** T4 [gib]t (.) oder n men-
schen (mit dem) des so is ne

{01:03:06} **624** P ((schmatzt)) n gegenstück einfach
 {01:03:07} **625** (0.56)
 {01:03:08} **626** T4 ((schmatzt)) ja
 {01:03:08} **627** (0.3)
 {01:03:09} **628** T4 genau
 {01:03:09} **629** (1.26)
 {01:03:10} **630** P h°
 {01:03:11} **631** (0.26)
 {01:03:11} **632** P ((schmatzt)) ja
 {01:03:11} **633** (0.61)
 {01:03:12} **634** T4 hmhm
 {01:03:12} **635** (5.45)
 {01:03:18} **636** T4 °h
 {01:03:18} **637** (3.46)
 {01:03:21} **638** T4 °h un_des heißt aber dass sie jetzt (.)
 praktisch die
 {01:03:24} **639** (0.24)
 {01:03:24} **640** T4 die erste stationäre psychotherapie (.)
 un_das is
 {01:03:26} **641** (0.36)
 {01:03:27} **642** T4 (dann) auch (.) °h der kontakt mi_m
 herrn mittermeier is der kontakt mit dem
 {01:03:31} **643** (0.58)
 {01:03:32} **644** T4 psychiater und neurologen k
 {01:03:33} **645** (0.38)
 {01:03:34} **646** T4 °h
 {01:03:34} **647** (1.98)
 {01:03:36} **648 T4 un_wie soll_s weitergehn**
 {01:03:37} **649** (0.22)

{01:03:38} 650 P h°

{01:03:38} 651 T4 **psychotherapeutisch (ham sie da) ne idee**

{01:03:40} 652 (1.97)

{01:03:42} 653 P h° °h ja also

{01:03:44} 654 (0.63)

{01:03:44} 655 P ich denk auf jeden fall

{01:03:46} 656 (0.38)

{01:03:46} 657 P dass es ambulant weitergehn h°

{01:03:48} 658 (0.45)

{01:03:49} 659 P sollte für ne gewisse zeit

{01:03:50} 660 (0.42)

{01:03:51} 661 P °hhh

{01:03:52} 662 T4 hmhm

{01:03:52} 663 (2.15)

{01:03:54} 664 P ((Ausatmen, 1.83 Sek.))

{01:03:56} 665 (0.72)

{01:03:57} 666 P ((schmatzt)) ja es is halt jetzt auch
noch die frage wie (.) inwieweit sich

{01:04:00} 667 (0.41)

{01:04:01} 668 P i[n der zeit]wo ich noch hier bin (.)
was sich da tut u[nd]

{01:04:01} 669 T4 [hmhm]

{01:04:04} 670 T4
[hm]hm

{01:04:04} 671 (1.1)

{01:04:05} 672 P ja was wird (nachher) vielleicht noch
rauskommen
[h° wie]ich damit umgeh also einfach
wie sich (.) die sache [entwickelt

{01:04:08} 673 T4 [hmhm]

{01:04:10} **674** [(Hintergrundgeräusch)]

{01:04:11} **675** T4 hmhm

{01:04:12} **676** (0.42)

{01:04:12} **677** P es is no[ch

{01:04:13} **678** T4 [(Hintergrundgeräusch)]

{01:04:15} **679** P das is]für
mich (.) nich ganz (.) schlüssig weil
ich nich weiß wo ich stehe und °hhh

{01:04:20} **680** (0.68)

{01:04:21} **681** T4 hmhm

{01:04:21} **682** (1.35)

{01:04:22} **683** P ja alles zu ordnen is (.) hh° für mich
einfach schwierig

{01:04:26} **684** (0.61)

{01:04:27} **685** T4 hmhm

{01:04:27} **686** P weil mir teilweise auch (.) immer noch
der

{01:04:30} **687** (2.15)

{01:04:32} **688** P zugang (.) also zu meiner emotionalen
ebene

{01:04:35} **689** (0.41)

{01:04:35} **690** P teilweise echt noch

{01:04:36} **691** (0.3)

{01:04:36} **692** P ziemlich verschlossen is teilweise auch
wieder da is und ziemlich

{01:04:39} **693** (0.25)

{01:04:40} **694** P krass wieder da is

{01:04:41} **695** T4 (.) hmhm

{01:04:41} **696** P ((Einatmen, 1.34 Sek.))

{01:04:43} **697** (1.04)

{01:04:44} **698** P ja und ic[h bin

{01:04:44} **699** **T4** [((Einatmen, 1.33 Sek.)) und
wie macht sich der zugang bemerkbar

{01:04:48} **700** (1.84)

{01:04:50} **701** T4 hhh°

{01:04:51} **702** (0.38)

{01:04:51} **703** T4 ((schluckt)) h°

{01:04:53} **704** (1.15)

{01:04:54} **705** T4 wenn sie sagen der is krass wieder da h°
((schluckt))

{01:04:57} **706** (2.66)

{01:04:60} **707** T4 hh°

{01:05:00} **708** P ja ich (.) hm ich habs gefühl dass ich
die letzten paar jahre einfach

{01:05:04} **709** (0.46)

{01:05:05} **710** P so n bisschen

{01:05:06} **711** (1.24)

{01:05:07} **712** P °h

{01:05:07} **713** (0.67)

{01:05:08} **714** P ich sags mal so platt n klotzdasein

{01:05:10} **715** (2.0)

{01:05:12} **716** P da war also so ziemlich (.) also

{01:05:14} **717** T4 hmhm

{01:05:15} **718** (0.63)

{01:05:15} **719** P ich bin (.) n mensch der viel nachdenkt
(.) aber ähm h°

{01:05:18} **720** (0.26)

{01:05:19} **721** P ich (.) überwiegend über die rationale

{01:05:21} **722** (0.21)
 {01:05:21} **723** P ebene in meim kopf halt
 {01:05:23} **724** T4 hmhm
 {01:05:23} **725** (1.01)
 {01:05:24} **726** P alles
 {01:05:25} **727** (1.7)
 {01:05:26} **728** P ((schnalzt)) ja
 {01:05:27} **729** (1.91)
 {01:05:29} **730** P ((Einatmen, 1.02 Sek.))
 {01:05:30} **731** (0.65)
 {01:05:30} **732** P ((schmatzt)) ja wie soll ich des sagen
 (.) ((schmatzt)) also (.) dass ich ziemlich
 viel halt einfach gedacht hab und
 den emotionalen teil
 {01:05:36} **733** (2.38)
 {01:05:38} **734** P weggeschoben hab (.) zur seite geschoben
 °hh es (wurde mir) gesagt ähm (.) (ver-
 heehrend) trifft_s °hh würde es besser
 tr[effen vielleicht
 {01:05:45} **735** T4 [°hh]
 {01:05:46} **736** (2.19)
 {01:05:48} **737** T4 hh°
 {01:05:49} **738** P und
 {01:05:50} **739** (1.48)
 {01:05:51} **740** P ja auch durch
 {01:05:52} **741** (0.54)
 {01:05:53} **742** P durch den kontak[t
 {01:05:53} **743** T4 [hh°
 {01:05:54} **744** P mit anderen h° mitpatienten oder gene-
 relen kontakt die ((Einatmen, 1.03

Sek.)) mir des alles wieder so en bisschen h° zugänglicher gemacht und des [hat sich halt bemerkbar gemacht

10.4.14

T5_1 (1)

{01:34:56} 976 T5 ((schnalzt)) °h ich glaub des war so ne
überleitung in d_richtung °h was wün-
schen sie sich wohl von so ner studien-
therap[ie oder wo würden sie (.)
]denken

{01:35:02} 977 P [((Einatmen, 1.07 Sek.))
]

{01:35:03} 978 P oka[y]

{01:35:04} 979 T5 [dass]sie ansetzen können

{01:35:05} 980 (4.16)

{01:35:09} 981 P hm

{01:35:10} 982 (2.37)

{01:35:13} 983 P ((schluckt))

{01:35:13} 984 (0.34)

{01:35:14} 985 P °h °h °h h°

{01:35:15} 986 (0.26)

{01:35:15} 987 P ((Atemgeräusche, 2 Sek.))

{01:35:17} 988 (2.81)

{01:35:20} 989 P ((schmatzt))

{01:35:20} 990 (0.25)

{01:35:20} 991 P ((schmatzt))

{01:35:21} 992 (0.22)

{01:35:21} 993 P diese (.) grundnervosität beziehungs-
weise diese grundanspannung
((schmatzt))

{01:35:25} 994 (1.77)

{01:35:26} 995 P zu lösen beziehungsweise (nen)

{01:35:28} 996 (0.41)

{01:35:29} 997 P ((schmatzt)) grund vielleicht dafür

- {01:35:30} **998** (0.84)
- {01:35:31} **999** P festzustellen weil ich mir da selbst
noch nicht so sicher bin aber °h (.) ich
- {01:35:35} **1000** (0.25)
- {01:35:35} **1001** P kann einfach keine gespräche mehr mit
leuten führen ohne diese innere ange-
spanntheit zu haben dieses °h ständige
°hh
- {01:35:42} **1002** (0.26)
- {01:35:42} **1003** P ((Sprechansatz))
- {01:35:42} **1004** (0.7)
- {01:35:43} **1005** P hmhm
- {01:35:43} **1006** (0.21)
- {01:35:44} **1007** P dazwischen (.) gestikulieren zum bei-
spiel was ich hier [auch mach]das is
ja keine normale gestikulation das is
ja °h
- {01:35:46} **1008** T5 [(hmhm)]
- {01:35:49} **1009** (0.26)
- {01:35:49} **1010** T5 hm[hm]
- {01:35:50} **1011** P [mehr]oder weniger zuckungen schon
fast ähm °hh
- {01:35:53} **1012** (1.18)
- {01:35:54} **1013** P diese nervosität die einfach da is ir-
gendwo zu bewältigen (.)
((Sprechansatz))
- {01:35:58} **1014** T5 (.) hm[hm]
- {01:35:58} **1015** P [((schmatzt)) °h]die is ja nicht
nur in gesprächen da die is auch im
alltag häufig da °h (.) ((schnieft))
- {01:36:02} **1016** (0.63)
- {01:36:02} **1017** P und letztendlich ((Sprechansatz))

- {01:36:04} **1018** (1.1)
- {01:36:05} **1019** P sich darüber vielleicht an die panikattacken dann ranzuarbeiten
- {01:36:08} **1020** (0.33)
- {01:36:09} **1021** T5 hmhm
- {01:36:09} **1022** (0.94)
- {01:36:10} **1023** P ich bin mir bis jetzt immer noch nich hundert prozentig sicher woher die panikattacken eigentlich kommen und ich denk auch dass es °hh im endeffekt relativ egal is woher sie denn kommen öhm wenn der auslöser dafür
- {01:36:22} **1024** (0.55)
- {01:36:22} **1025** P °h
- {01:36:23} **1026** T5 hm[hm]
- {01:36:23} **1027** P [vorlie]gt
- {01:36:24} **1028** (0.4)
- {01:36:24} **1029** T5 hmhm
- {01:36:25} **1030** (1.8)
- {01:36:27} **1031** T5 ((schmatzt)) diese grundanspannung wollen sie dazu noch en bisschen was sagen °hh

10.4.15 T5_2 (1)

- {01:13:49} 738 T5 also ich denk jetzt so en bisschen an °h
therapieziele und das ist ja auch ne
psychotherapiestudie die [wi] [r hier]
haben und °hh
- {01:13:56} 739 P
[hm] [hm]
- {01:13:57} 740 (0.4)
- {01:13:57} 741 T5 hm was für sie wohl ähm
- {01:13:59} 742 (0.46)
- {01:13:59} 743 T5 ein bereich sein könnte wo sie hingucken
können den sie sich vornehmen können und
°h
- {01:14:04} 744 (1.69)
- {01:14:06} 745 T5 und hätte mich gefragt ob sie selbst ü
überlegungen oder ideen haben
- {01:14:09} 746 (0.38)
- {01:14:09} 747 T5 was sie gerne erreichen möchten
- {01:14:11} 748 (0.22)
- {01:14:11} 749 T5 also wenn das gut läuft mit der behand-
lung wo stehen sie dann in °hh
- {01:14:14} 750 (0.31)
- {01:14:15} 751 T5 danach
- {01:14:15} 752 (6.53)
- {01:14:22} 753 P so eins was ich mir natürlich
- {01:14:23} 754 (1.48)
- {01:14:25} 755 P eins meiner ziele is dass ich einfach
das (.) anerkennen kann was ich bisher
(.) erreicht habe
- {01:14:28} 756 (0.8)

- {01:14:29} 757 P ich tu mich allein schon schwer mit dem erreicht weil ich kann stolz auf mich sein
- {01:14:33} 758 T5 hmhm
- {01:14:33} 759 P (.) des is für mich (.) so
- {01:14:35} 760 (0.39)
- {01:14:35} 761 P befremdlich so
- {01:14:36} 762 (2.09)
- {01:14:38} 763 P wenn ich ne eins geschrieben hab dann kann ich stolz auf mich sein kann sagen ok das is die beste note die_s gibt hast du gut gemacht axel das kann ich sagen das kann ich auch fühlen
- {01:14:45} 764 (0.26)
- {01:14:45} 765 T5 hmhm
- {01:14:45} 766 P wenn ich seit einem jahr zu hause rum (.) hänge
- {01:14:47} 767 (1.99)
- {01:14:49} 768 P un irgendwie nix auf die reihe krieg
- {01:14:51} 769 (1.07)
- {01:14:52} 770 P wie soll ich dann stolz auf mich sein
- {01:14:53} 771 (1.13)
- {01:14:54} 772 T5 hm [hm]
- {01:14:54} 773 P [ich ka]nn_s
- {01:14:55} 774 (0.4)
- {01:14:55} 775 P sie können mir_s jetzt erklären das hab sie ham ja schon °h f du hast vor em halben jahr hast du noch keine p hast du panikattacken gehabt die hast du jetzt weg °h ich kann hier sitzen jetzt anderthalb stunden kann mit ihnen reden ohne dass ich denke ich ersticke oder ich sterbe (.) ich kann das jetzt und darauf kann ich stolz sein

{01:15:07} **776** (0.26)
{01:15:07} **777** T5 hmhm
{01:15:07} **778** P das is logisch rational fassbar
{01:15:09} **779** (0.29)
{01:15:09} **780** P aber nicht fühlbar
{01:15:10} **781** (0.85)
{01:15:11} **782** P ich würd mir wünschen dass ich das fühlen kann einfach auch mal zufrieden mit mir zu sein und sagen axel °h (.) du bist voran gekommen du hast was erreicht
{01:15:16} **783** (1.74)
{01:15:18} **784** P ich fühle das überhaupt net (.) ich fühl mich einfach als versager als (.) der ein jahr einfach rumhängt und nix auf die reihe kriegt halt nur weil ich mein hirn net in den griff krieg
{01:15:24} **785** (0.36)
{01:15:24} **786** T5 hm[hm]
{01:15:24} **787** P [s]o fühl ich mich
{01:15:25} **788** (0.2)
{01:15:25} **789** P das mein gefühl
{01:15:26} **790** (0.49)
{01:15:27} **791** P i[ch kann immer]sagen ja ich versteh_s und ich kann wirklich stolz auf mich sein (.) °h das sag ich aber ich fühls net
{01:15:27} **792** T5 [hmhm]
{01:15:30} **793** (0.47)
{01:15:31} **794** T5 hmhm
{01:15:31} **795** (0.32)
{01:15:32} **796** P und ich wü würd mir wünschen dass ich das fühle und wenn ich das fühle °h

Läpple et al.: Patientenwiderstand in psychodiagnostischen Gesprächen

{01:15:34} **797** (0.31)

{01:15:34} **798** P dann ist n weiterer schritt nach vorne

{01:15:36} **799** (0.52)

{01:15:36} **800** T5 was glauben sie denn warum sie es nicht
fühlen

{01:15:38} **801** (0.55)

{01:15:39} **802** P ja weil ich

{01:15:40} **803** (1.25)

{01:15:41} **804** P weil ich das teils als leistung empfinde

{01:15:42} **805** T5 hmhm