

# Therapeutisches Fragen als Hebammenkunst

Zusammenfassung: Während die Relevanz von Patientenerzählungen und therapeutischen Deutungen für den Therapieprozess viel diskutiert wird, wird den therapeutischen Fragen weniger Beachtung geschenkt. In diesem Artikel wird dafür argumentiert, therapeutische Fragen als potenziell veränderungsrelevante Verfahren der gemeinsamen Konstruktion von Erzählungen zu betrachten. Therapeutische Fragen sind maieutisch ausgerichtet, das heißt sie regen den Patienten an, von sich aus die Erzählung zu expandieren und dabei zu psychologisch relevanten Deutungen des Erzählten zu gelangen. Therapeuten scheinen in ihren Reaktionen auf Patientenerzählungen der Präferenzreihenfolge Produktion von Continuern (Fortsetzungssignalen) Schweigen Fragen Deuten zu folgen. Sie greifen also erst zur selbstproduzierten Deutung, wenn der Patient von sich aus keine produziert. Diese Präferenzreihenfolge der Therapeutenreaktionen reflektiert eine Präferenz für die Selbstdeutung des Patienten, die maieutisch, das heißt durch sokratisches Fragen, unterstützt wird.

## Erzählinteraktion und Fragen in der Therapie

Die vielfältige Relevanz der Erzählungen des Patienten für den therapeutischen Prozess gehört inzwischen zum Gemeingut psychoanalytischer Erkenntnis (Boothe 1994): Erzählen ist Instrument der Bewältigung und der heilsamen Re-Interpretation der Erfahrung, es ist der Weg zum Verständnis der eigenen Handlungsmöglichkeiten und symptomatischer, inszenierter Ausdruck von Konflikten und Beziehungsmustern. Streeck (2004) weist mit Recht darauf hin, dass Therapie kein Erzählmonolog, sondern Interaktion ist. Doch dies betrifft auch die Erzählungen selbst: Sie sind dialogische, emergente Konstruktionen, die durch die gemeinsame Aktivität von Patient und Therapeut zustande kommen, interpretiert und elaboriert werden. Wenn in der psychoanalytischen Literatur diskutiert wird, wie der Therapeut auf Erzählungen des Patienten reagiert und damit zu ihrer Veränderung beiträgt, dann steht die Intervention durch Deutung im Vordergrund (z.B. Mertens 1990, S. 88ff.). Hier möchte ich zeigen, dass Therapeuten in einer anderen, viel unspektakulärerem und häufiger anzutreffenden Weise die Erzählungen ihrer Patienten mitgestalten und modifizieren, nämlich durch Fragen. Dabei werde ich mich darauf konzentrieren, wie Fragen von Therapeuten als maieutische Praktik sokratischen Fragens (vgl. Hanke 1991) eingesetzt werden. Mit dieser Hebammenkunst wird dem Patienten die Aufgabe zugewiesen, seine Erzählung selbst psychologisch zu deuten. Dabei wird er durch die Frage kategorial angeleitet. Oftmals weisen Fragen auf eine (mehr oder weniger klar bestimmte) Deutungshypothese des Therapeuten voraus, zu der der Patient von sich aus als eigener Deutung gelangen soll.

## Continuer, Schweigen und Fragen im Erzählprozess

Wo ist der Ort von Fragen in Patientenerzählungen, was ist ihr Anlass? Fragen in Therapiegesprächen können ganz unterschiedliche Funktionen haben (vgl. Wrobel 1983). Sie können als Informationsfragen der Füllung von Wissenslücken des Therapeuten dienen, zum Beispiel anamnestiche Fragen wie: was für Krebs war das?. Therapeuten stellen weiterhin oft Nachfragen, die der Verstehenssicherung dienen, wenn eine Aussage des Patienten nicht richtig gehört oder verstanden wurde.

Während diese Fragen durch Verständigungs- und (oftmals differentialdiagnostische) Informationsbedürfnisse des Therapeuten motiviert sind, sollen uns hier Fälle interessieren, in

denen Fragen therapeutisch relevant werden. Sie dienen dann nicht (nur) der Aufklärung des Therapeuten über etwas, was der Patient bereits weiß, sondern dazu, gemeinsam mit dem Patienten eine Deutung zu konstruieren beziehungsweise diesen dazu zu veranlassen. Generell sind therapeutische Fragen ein Mittel der Elizitierung von Erzählexpansionen, wenn der Patient von sich aus seine Erzählung nicht weiter expandiert. Im folgenden Beispiel hatte die Patientin über massive Schmerzen und anfallsartiges Weinen seit der letzten Therapiestunde geklagt. Sie sagt, es falle ihr schwer, darüber zu reden, doch sie fühle sich gezwungen, dies zu tun.

#1 IDS-Mannheim angepielt 4020.16

135 PA: ich mein sie können mich nich zwingen dazu aber

136 ich meine sie wissen [was] ich meine

137 TP: [mhm]

138 TP: ich glaub [schon]

139 KL: [dass] ich mich gezwungen fühle

140 TP: ja

141 KL: das auszusprechen

142 TP: ja

143 KL: denn irgendwo muss ja dieser

(-)

144 TP: der [knoten sitzen]

145 KL: [knoten sitzen] ne?

146 TP: ja

147 (3.0)

148 TP: was is das denn so mit dem (3.2) dem weinen (--)

149 KL: nu [ich bin immer schon]

150 TP: [warum weint man denn]

Therapeutin und Patientin vervollständigen gemeinsam die vage Einschätzung der Patientin irgendwo muss ja dieser der knoten sitzen (Z.143f.). Die Therapeutin bestätigt mit der Rückmeldepartikel ja (Z.146), lässt aber drei weitere Sekunden vergehen (Z.147), bis sie mit einer Frage nach den Gründen des Weinens die Patientin zur Elaboration ihrer Erzählung auffordert. Die Rückmeldepartikel wird hier als ein Continuer (Schegloff 1982) eingesetzt, das heißt als Fortsetzungssignal, das anzeigt, dass die Therapeutin die Erzählung der Patientin als nicht abgeschlossen behandelt und ihr weiterhin das Rederecht (besser: die Redepflicht) zuweist.

Wir sehen in #1, dass die Frage ein inhaltlich spezifiziertes, funktionales Äquivalent für einen Continuer ist. Fragen, die keine reinen Informationsfragen beziehungsweise Verstehensprüfungen sind, sondern zur Elaboration von Erzählungen in Bezug auf psychologische Aspekte auffordern, werden meist nach Pausen, die deutlich länger als übliche Redeübergabepausen (max. eine Sekunde) sind, angeschlossen beziehungsweise nach einem Continuer produziert, auf den hin der Patient seine Erzählung aber nicht expandiert hatte.

Im Unterschied zur Frage präjudizieren Continuer und Schweigen die Art und Weise der Erzählexpansion inhaltlich-kategorial nicht. Damit stellt der Therapeut sicher, dass der Patient einen erzählerischen Zusammenhang abschließen kann. Zum anderen aber dies gilt vor allem in Beispielen wie #1, wo Patienten durch abschließende Evaluationen, Moral- oder Codaformulierungen den Erzählabschluss deutlich markieren wird mit dem Verzicht auf Rederechtübernahme verdeutlicht, dass vom Patienten eine selbstgesteuerte Elaboration der erzählten Geschichte erwartet wird. Durch ihre sequenzielle Platzierung implizieren Continuer und Schweigen die Erwartung, dass eine thematisch kohärente Fortsetzung erfolgt. Deshalb ist es folgerichtig, dass Therapeuten Continuer und Schweigen gerade dann platzieren, wenn Patienten in ihrer Erzählung auf die für die Therapie zentrale Ebene der Darstellung von psychischen Sachverhalten gekommen sind. Entscheidend sind daher nicht die Beschränkung auf Continuer und das Schweigen des Therapeuten als solche, sondern wann

sie geschehen.

Therapeuten benutzen hier also elementare alltagsweltliche Techniken der Initiierung von Erzähl-Expansionen. Therapeuten scheinen generell einer Präferenz zur selbstbestimmten Erzählelaboration und damit zur selbstgesteuerten Selbstexploration zu folgen. Erst wenn diese vom Patienten nicht wahrgenommen wird, leiten sie die Selbstexploration des Patienten aktiv durch Fragen an.

Fragen als retrospektive Verstehensdokumentation

Fragen haben ganz generell eine prospektive und eine retrospektive Seite. Die prospektive Seite ist evident: Fragen etablieren Anforderungen an zukünftiges Handeln des Patienten, indem sie eine thematische Agenda setzen und dazu auffordern, ein bestimmtes Thema weiter zu expandieren, Informationen zu geben, zu begründen et cetera. Doch Fragen haben auch eine retrospektive Seite. Sie setzen nämlich bestimmte Sachverhalte als gegeben voraus. Sie sind damit auch eine Form der Verstehensdokumentation: Mit der Frage zeigt der Therapeut mehr oder weniger deutlich an, wie er den vorangehenden Beitrag des Patienten verstanden hat.

Verstehenskriterien in der Psychotherapie

Nicht erst in Deutungen, sondern schon an den Fragen des Therapeuten wird deutlich, dass in der Therapie ganz andere Verstehenskriterien als bei anderen Gesprächsanlässen gelten: Das Verstehen des Therapeuten ist ein perspektivisches, das heißt, der Therapeut versteht und deutet die Patientenäußerungen stets unter der Maßgabe des institutionellen Zwecks der Therapiesitzung, etwa der Diagnose und Beurteilung der Therapieeignung im Erstgespräch, des Ausdrucks von psychischen Problemen, Emotionen, Konflikten, Widerstand, Übertragung et cetera. Entsprechend fokussieren erzählexpandierende Fragen des Therapeuten fast ausschließlich psychologische Aspekte wie Emotionen, Motive, Erwartungen, Kognitionen und Ursachenerklärungen des Patienten, nicht aber etwa situative Details, den weiteren Fortgang einer Geschichte, Informationen über die beteiligten Personen und Schauplätze und so weiter. Im Gegenteil, genau dies unterscheidet die therapeutischen Fragen von Informationsfragen und von der Typik des Fragens im Alltag.

Die Tatsache, dass der Therapeut die Patientenerzählung durch seine psychologische Verstehenshaltung und die daraus resultierenden psychologischen Frageinhalte in besonderer Weise steuert, mag trivial klingen. Doch genau hierin besteht die Spezifik der gemeinsamen Prägung der Erzählung in der Therapie! Vom Patienten aus sind Erzählungen nämlich häufig Ereignis- und Erlebnisschilderungen ohne ausgeprägte oder gar eindeutige psychologische Komponente: Viele Patientenschilderungen beinhalten weder Schilderungen des subjektiven Erlebens noch werden sie vom Patienten psychologisch kategorisiert und interpretiert. Therapeutische Nachfragen initiieren beziehungsweise vertiefen dagegen den Prozess der psychologisch ausgerichteten narrativen Ausarbeitung der Erzählung und führen dazu, dass die therapeutische Erzählung eine gemeinsame Erzählung ist, die oftmals nicht mit Alltagserzählungen vergleichbar ist. Der Unterschied zu anderen Erzählanlässen sei an einem unspektakulären, aber typischen Beispiel verdeutlicht. Ausschnitt #2 zeigt die Klage der Patientin aus der bereits in #1 wiedergegebenen Therapiesitzung:

#2 IDS-Mannheim angepiekt 4020.16

- 01 KL: also am ich bin am (-) DONnerstag letzte woche ja bei ihnen gewesen  
02 und dann (-)  
03 .hh äh hat das das gespräch hat mich irgendwie=n bisschen arg  
04 aufgerÜTtelt- (.) [muss] ich sagen und  
05 TP: [mhm.]  
06 KL: und prompt am nächsten morgen als wenn ich=s geahnt hätte  
07 ich hätt=s ihnen schriftlich geben kö[nnen] (-)  
08 TP: [mhm ]  
09 KL: .h fingen diese (.) grässlichen  
10 TP: mhm  
11 KL: schmerzen da wieder an.

- 12 TP: mhm  
 13 KL: .hh un die ganze woche das heißt also (1.1)  
 14 und mal mehr mal weniger (---)  
 15 mal gar nich (-) aber eben latent da  
 16 TP: mhm  
 17 KL: un un heute morgen also masSIV. (--)  
 18 un ich hab schon gedAcht ich könnte gar nich zu IHnen kommen  
 19 TP: mhm (-)  
 20 KL: des is also-  
 21 TP: wie sehen sie denn da die verBINdung?  
 22 irgendwie hat=s ja was mit dem gesprÄch zu tun ne?  
 23 KL: also das nehm ich an dass es das hat weil  
 24 TP: ham wer da so=n punkt getroffen?  
 25 KL: [ja ja da ]  
 26 TP: [oder so=n] nerv. hhh  
 27 KL: da ham wer irgendwas geTROffen

Während im Alltagsgespräch empathische Anteilnahme oder der Dank, trotzdem gekommen zu sein, die zu erwartende Hörerreaktion auf die Erzählung der Patientin wäre, fordert die Therapeutin sie auf, ihre Sicht der Verbindung zwischen der letzten Therapiestunde und ihren somatischen Beschwerden weiter auszuführen (Z.21: wie sehen sie denn da die verBINdung?). Wir sehen hier die Spezifik des therapeutischen, in Fragen dokumentierten und damit für den weiteren Erzählprozess wirksam werdenden Verstehens:

- Die Nachfrage richtet sich auf das psychologische Motiv für den Zustand der Patientin.
- Die Nachfrage setzt einen erhöhten Präzisions- und Detaillierungsmaßstab für die erzählerische Darstellung. Es reicht nicht aus, zu sagen, dass die letzte Therapiesitzung und die Beschwerden der Patientin etwas miteinander zu tun haben.
- Die Nachfrage dringt in das private Territorium der Patientin ein: Sie wird interaktiv für ihre privaten Gefühle und Erlebnisse auskunfts- und rechenschaftspflichtig gemacht.

#### Syntaktische Fragetypen

Wenn wir von den spezifischen Inhalten und Kategorisierungen der Frage absehen, können wir feststellen, dass es drei grundsätzliche syntaktische Fragetypen gibt. Diese drei Fragetypen bringen jeweils eine spezifische Konstellation des Verhältnisses von Verstandenem und Nicht-Verstandenem zum Ausdruck.

#### a) W-Fragen

beginnen mit einem Fragepronomen wie wer, wie, was, warum et cetera. Sie fokussieren eine spezifische Eigenschaft eines Ereignisses oder Zustands. Linguistisch gesehen bezieht sich das Fragepronomen auf eine thematische Rolle wie Agens (Wer handelt?), Patiens (Wer ist betroffen?), Zeit, Ort, Ursache et cetera, welche der Therapeut in Bezug auf die Erzählung des Patienten als noch nicht bekannt beziehungsweise verstanden kategorisiert. W-Fragen zeichnen sich dadurch aus, dass einerseits eine thematische Kategorie als noch nicht verstanden beziehungsweise klärungsbedürftig angezeigt wird, andererseits jedoch die in der Frage enthaltenen Kategorisierungen und Prädikationen als gültig und verstanden vorausgesetzt werden. In #2, Z.27: wie sehen sie denn da die verbindung etwa wird als nicht verstanden herausgestellt, welcher Art der Zusammenhang zwischen Therapiesprache und somatischen Problemen der Patientin ist. Dass Ersteres Letzteres bedingt, wird dagegen als verstanden und gegeben vorausgesetzt.

#### b) Verb-Erst(V1)-Fragen

beinhalten demgegenüber eine vollständige Proposition, die als unsicher präsentiert wird. Im folgenden Beispiel reagiert ein Therapeut auf die Erklärung eines Patienten, er habe auch schon darüber nachgedacht dem ein ende [zu] machen mit der Frage:

#3 Uni-Freiburg Ewald HIV\_1 ab 13:551

- 114 A: schon ma konkret da drüber nachgedacht oder (-- ) is so(---)  
 115 P: hh

- 116 A: mehr n ausdruck von (-) s=mir alles zu viel und ich weiß nich mehr  
 117 P: eher so in die richtung ja (-)  
 118 A: okay  
 119 (6.2)  
 120 P: ich mein (-) so (-- ) geht=s mir eigentlich gut (-) bis auf n paar  
 121 nebenwirkungen (-) nebenwirkungen vielleicht von dene tabletten

Im Unterschied zu W-Fragen wird in V1-Fragen keine Kategorie als unbekannt beziehungsweise nicht-verstanden angezeigt, sondern der Fragende formuliert eine Proposition, deren Wahrheitswert jedoch als ungewiss markiert wird. Mit anderen Worten: Der Fragende beansprucht implizit, die relevanten Alternativen zu kennen, aber noch nicht zu wissen, welche der Alternativen zutrifft. Dementsprechend machen V1-Fragen eine Ja-Nein-Antwort erwartbar, während W-Fragen auf jeden Fall eine Kategorisierung beziehungsweise Beschreibung der unbekanntes Kategorie einfordern. Allerdings wäre es zu kurz gegriffen, V1-Fragen einfach als Ja-Nein-Fragen zu betrachten. Zum einen zeigen manche V1-Fragen durch ihre Formulierung, dass eine der beiden Antworten präferiert bzw. erwartet wird. Zum anderen erwarten die Fragenden oftmals nicht einfach nur eine Ja- oder Nein-Antwort, sondern eine weitere Erläuterung der Zustimmung oder Ablehnung. Diese Erwartung wird sowohl an den Antworten deutlich, die sich meist nicht auf Ja oder Nein beschränken, und ebenso an der so genannten dritten Position, das heißt der Reaktion der Fragenden auf die Antwort. Dies sehen wir in #3. Der Therapeut stellt in Z.114-116 eine Alternativfrage. Der Patient bestätigt die Gültigkeit der zweiten vom Therapeuten genannten Alternative (Z.117). Handelte es sich um eine Ja-Nein-Frage, müsste dies hinreichend sein. Der Therapeut produziert jedoch nur einen Continuer (Z.118) und schweigt dann (Z.119), zeigt also, dass er die Antwort als nicht ausreichend ansieht. Nach 6.2 Sekunden Pause setzt der Patient daraufhin zu einer weiteren Erläuterung an.

In einer Untersuchung von Fragen in Arzt-Patient-Gesprächen haben wir festgestellt, dass zwar auf W-Fragen mit durchschnittlich 13.2 Wörtern die längsten Antworten erfolgen, auf V1-Fragen aber Antworten mit immerhin durchschnittlich 10.2 Wörtern erfolgen (Deppermann/Spranz-Fogasy i.V.). Für Therapiegespräche haben wir noch keine Auszählung an einem größeren Korpus vorgenommen, doch deuten die bisherigen Beobachtungen darauf hin, dass es sich hier ähnlich verhält. Die viel beschworene Unterscheidung zwischen offenen und geschlossenen Fragen scheint also nicht dem zu entsprechen, wie in der kommunikativen Praxis tatsächlich unterschiedliche Fragetypen eingesetzt und verstanden werden.

#### c) Deklarativsatzfragen

implizieren in noch höherem Maße die Präsupposition verstanden zu haben. Mit ihnen werden dem Patienten nicht nur wie bei V1-Fragen Alternativen hinsichtlich möglicher Verständnisse angeboten, sondern es wird ein wahrscheinliches Verständnis zur Ratifikation vorgelegt. Die Stärke der Verstehenspräsupposition wird vor allem daran deutlich, dass sie eine starke Präferenz für Zustimmung etablieren. Anders verhält es sich, wenn sie prosodisch markiert sind, etwa durch stark steigende Intonation oder einen besonders hervorgehobenen Akzent. Dann zeigen sie Skepsis an und fordern zur Korrektur auf.

#### Prospektive Funktionen von Fragen

Kommen wir nun zu den prospektiven Funktionen von Fragen für den weiteren Gesprächsverlauf. Fragen fokussieren bestimmte Aspekte und setzen sie selektiv relevant. Fragen, welche die psychologisch relevanten Aspekte einer Patientenerzählung fokussieren, zeigen daher mehr oder weniger deutlich an, wo aus Sicht des Therapeuten die Erzählwürdigkeit einer Erzählung, ihre Moral und ihr Erkenntniswert zu suchen sind. Über das Stellen von Fragen und ihre (minimale) Beantwortung kann zwischen Therapeut und Patient ein Kampf um den relevanten Fokus des Therapiegesprächs ausgetragen werden. Fragen steuern das Folgehändeln des Patienten: Sie fordern zur Erläuterung, Rechtfertigung, Erklärung et cetera auf. Damit sind sie diagnostisch aufschlussreich: Wie geht der Patient mit angesprochenen Deutungsdimensionen um? Welche kognitiven und emotionalen Bereitschaften aktualisiert er, welche kommunikativen Fähigkeiten stellt er unter Beweis, wie

definiert und gestaltet er die Therapiebeziehung? Fragen deuten schließlich oft darauf hin, dass der Therapeut eine Deutungshypothese hat. Dies zeigt sich in der dritten Position, das heißt der Reaktion des Therapeuten auf die Antwort des Patienten auf seine Frage. Dass der Therapeut auf eine andere Antwort abzielte, wird dann an einer Reformulierung der Frage oder aber an der Ersetzung der Frage durch eine Deutung deutlich. Schauen wir uns dazu die Fortsetzung von #1 an.

#### #4 IDS-Mannheim angepiekt 4020.16

- 148 TP: was is das denn so mit dem (3.2) dem weinen (--)  
149 KL: nu [ich bin immer schon]  
150 TP: [warum weint man denn]  
151 KL: ich bin immer schon so leicht am wasser gebaut das is schrecklich  
152 TP: das ham sie ja letzte woche schon gesacht ne? (-)  
153 so da sachten sie ja (-) äh ich wein dann schnell jetz is ihnen ja  
154 auch mehr zum heulen als zum lachen zumute  
155 KL: ja ganz sicher  
156 TP: ja  
157 KL: ja  
158 TP: das spür ich schon  
160 TP: (---) aber so mit dem weinen denk ich (-- das is ja oft auch  
161 TP: so=ne möglichkeit oder ein zugang für die angst (--)  
162 KL: wie [meinen sie das ein] zugang für die angst  
163 TP: [ich mein es is ja]

Die Frage in Z.148/150: Was ist denn das mit dem weinen warum weint man denn wird von der Patientin mit einer Paraphrase beantwortet: bin immer so nah am wasser gebaut. Die Therapeutin zeigt, dass diese Antwort nichts Neues bringt (Z.152). Nachdem die Patientin keine weiteren Anstalten macht, nach einer Erklärung für das Weinen zu suchen, präsentiert die Therapeutin schließlich selbst eine Deutung: aber so mit dem weinen denk ich (-- das is ja oft auch so=ne möglichkeit oder ein zugang für die angst (Z.160f.).

Fazit:

Therapeutische Fragen als maieutische Strategie und die Präferenz für die Selbstdeutung des Patienten

Erzählstrukturell gesehen führen die Fragen des Therapeuten zu einer kollaborativen Konstruktion der Erzählung, die so zu einer diagnostischen wie veränderungsrelevanten Therapieerzählung wird. Fragen können verschiedene Funktionen haben. Sie können ganz einfach dazu dienen, Informationen zu gewinnen, um den Patienten besser zu verstehen. Darüber hinaus können sie als maieutische Anregung für den Patienten dienen, indem sie auf Teile, Formulierungen, Deutungsmöglichkeiten et cetera seiner Darstellung fokussieren, die dem Patienten zur weiteren eigenen Reflexion gegeben werden. Wichtig ist hierbei, dass Fragen nicht deterministisch den Weg vorzeichnen, den der Patient in seiner Selbstexploration gehen wird. Der Patient kann sie mit weiteren Erzählungen und Argumentationen, mit Fokuswechseln, der Zurückweisung von Fragepräsuppositionen oder ihrer Relevanz beantworten, was wiederum zu therapeutisch relevanten neuen Informationen, Erkenntnissen, Erzählungen, Enaktierungen et cetera führen kann. Fragen haben eine größere Offenheit für autoepistemische Effekte, die auch für den Therapeuten unvorhersehbar sein können, im Gegensatz zu direkten Deutungen, die häufiger auf Zurückweisung oder manifestiertes Unverständnis (Widerstand) stoßen, den Patienten aber nicht zur eigenen Erzählexpansion anregen. Die Reaktionen von Therapeuten auf die Patientenantworten zeigen, dass Fragen vielfach eingesetzt werden, den Patienten dazu zu bringen, eine Interpretation, die der Therapeut selbst schon gebildet hat, beziehungsweise eine Intervention, die er bezweckt, von sich aus zu entwickeln. Fragen werden also oft, ähnlich wie dies im fragend-entwickelnden Unterricht bezweckt wird (vgl. Becker-Mrotzek/Vogt 2001, S. 71ff.), als Hebammenkunst eingesetzt.

Die untersuchten Daten zeigen, dass Therapeuten einer Präferenzreihenfolge für ihre

Aktivitäten zur Elizitierung von Erzählexpansionen und damit von autoepistemischen Effekten zu folgen scheinen: Continuer @ Schweigen @ Fragen @ Deuten. Das heißt, präferenziell wird dem Patienten durch Continuer und Schweigen die Initiative überlassen, selbst einen aktuellen thematischen Fokus therapeutisch relevant weiterzuentwickeln. Gelingt dies nicht, werden Fragen zur Fokussierung und zur kategorialen Anleitung der Erzählexpansion eingesetzt. Erst wenn dies nicht dazu führt, dass der Patient einen präzisierenden, klärenden oder erklärenden Zugang zum psychischen Problem gewinnt, greift der Therapeut zum Mittel der Deutung. Fragen sind also im Vergleich zu Deutungen ein weiches, strategisches und didaktisches Verfahren, das bevorzugt wird, soweit es Erfolg hat, das jedoch durch die Deutung ersetzt wird, wenn es sich nicht als erfolgreich erweist. Diese Präferenzreihenfolge der kommunikativen Aktivitäten der Erzählexpansion reflektiert eine Präferenz für die Selbstdeutung und damit für die kommunikative und epistemische Autonomie des Patienten im therapeutischen Veränderungsprozess, der aber vom Therapeuten stützend begleitet und an den richtigen Stellen gelenkt wird.

#### Literatur

Boothe, B. (1994). Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Becker-Mrotzek, M. & Vogt, R. (2001). Unterrichtskommunikation. Tübingen: Niemeyer.

Deppermann, A. & Spranz-Fogasy, T. (i.V.). Doctors questions and mutual understanding in medical interaction.

Hanke, M. (1991). maieutike techne. Zum Modell der sokratischen Gesprächstechnik. In Flader, D. (Hrsg.), Verbale Interaktion (S. 50-91). Stuttgart: Metzler.

Mertens, W. (1990). Einführung in die psychoanalytische Therapie. Band 2. Stuttgart: Kohlhammer.

Schegloff, E. A. (1982). Discourse as an interactional achievement. In Tannen, D. (Ed.), Analyzing discourse (pp. 73-91). Washington DC: Georgetown UP.

Streeck, Ulrich (2004). Auf den ersten Blick. Stuttgart: Klett-Cotta.

Wrobel, A. (1983). Fragen im psychoanalytisch orientierten Erstinterview. In Keseling, G. & Wrobel, A. (Hrsg.), Latente Gesprächsstrukturen (S. 147-169). Weinheim: Beltz.

Arnulf Deppermann

E-Mail: [deppermann@ids-mannheim.de](mailto:deppermann@ids-mannheim.de)

Arnulf Deppermann