

„... DURCH WORTE HEILEN“ – LINGUISTIK UND PSYCHOTHERAPIE

Einleitung

„Kranke durch Worte heilen“ zu können, hat schon Antiphon von Athen im fünften vorchristlichen Jahrhundert für sich in Anspruch genommen (Watzlawick 2002). Auch die Zaubersprüche des Mittelalters dokumentieren den Versuch, die Magie der Sprache und des Sprechens für – somatische – Heilungszwecke zu nutzen. Vor 120 Jahren haben dann Joseph Breuer und Sigmund Freud in ihren „Studien über Hysterie“ (1895) ihre Beobachtungen im Bereich psychischer Störungen beschrieben und damit auch die moderne Psychotherapie begründet. Sie stellten fest, dass Symptome der Hysterie bei ihren Patientinnen verschwanden, wenn sie die auslösende Erinnerung ins Bewusstsein heben konnten und damit verbundene Affekte in Worten ausgedrückt und ausführlich geschildert wurden. Heilungsprozesse wurden so durch Sprechen herbeigeführt und Sprechen wurde damit funktionalisiert, um psychische Probleme und ggf. damit verbundene somatische Symptome zu therapieren. Sprache wurde zum zentralen Behandlungswerkzeug der Psychotherapie und der Psychosomatik. Es ist also verständlich, dass sich auch die linguistische Gesprächsforschung und verwandte Disziplinen wie die soziologische Conversation Analysis mit diesen Feldern befassen. Sprechen als diagnostisches und therapeutisches Agens im Rahmen therapeutischer Prozesse zu beleuchten und besser zu verstehen, bildet dann auch den Ausgangspunkt und die Motivation der Forschungskooperation zwischen dem Institut für Deutsche Sprache (IDS) in Mannheim und der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg. Die Kooperation wird in der Abteilung Pragmatik des IDS im Rahmen des Forschungsprojekts „Interaktive Bedeutungskonstitution“ und in Heidelberg im Zusammenhang der Forschungsarbeit zur „Operationalisierte[n] Psychodynamische[n] Diagnostik“ (OPD) bearbeitet.¹

Sprechen in Psychotherapie und Medizin – Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Psychotherapeutische Gespräche sind, wie auch medizinische Gespräche, institutionelle Kommunikation. Psychotherapeutische Gespräche ähneln jedoch eher

auch alltäglicher Kommunikation: Sie wirken wie Gespräche mit Vertrauten, mit denen man über persönliche Erfahrungen und Gefühle spricht. Dabei spielen z. B. auch Erzählungen eine wichtige Rolle: Im medizinischen Gespräch als Informationsmittel v. a. zur Diagnosestellung funktionalisiert und vielfach zeitlich beschränkt, sind sie im psychotherapeutischen Gespräch ein grundlegendes Mittel der Behandlung selbst. Die Darstellung von Emotionen wird im medizinischen Gespräch ebenso dem Behandlungsschema untergeordnet (Fiehler 2005), während sie 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. Und auch ein ganz trivialer Unterschied wie der höhere Redeanteil von Patienten in psychotherapeutischen Gesprächen weist darauf hin, dass es die informelle, persönliche Kommunikationsform zu sein scheint, die in der Psychotherapie eine zur medizinischen Kommunikation komplementäre Wirksamkeitsebene schafft: Sprechen ist hier so etwas wie ein Pendant zu medizinischen Realhandlungen, es ist selbst die Therapie.

SPRECHEN IST SELBST DIE THERAPIE

Dabei ist psychotherapeutische Kommunikation aber institutionell vorgeformt,

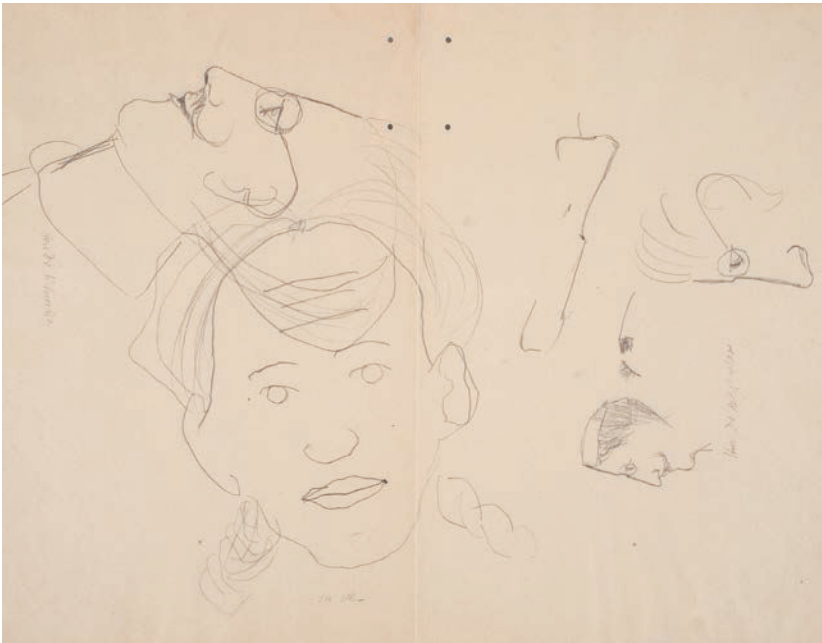
- sie ist institutionell gebunden durch Ausbildungs- und Verfahrensleitlinien,
- sie besitzt eine asymmetrische Beteiligungskonstellation,
- der Sprecherwechsel ist geregelter als in Alltagsgesprächen,
- nur der Patient spricht über seine persönlichen Erfahrungen und Gefühle, nicht der Therapeut,
- der Therapeut handelt trotz alltagssprachlicher Oberfläche auf der Grundlage seiner professionellen Theorien und passt sie situativ an,
- der Therapeut beansprucht epistemische Autorität auch über unbewusste Einstellungen oder Krankheitsmechanismen beim Patienten,
- der Patient hat ein Problem, das er selbst nicht mehr alleine bewältigen kann und sucht daher die fachliche Hilfe des Therapeuten, wobei das Problem in der Interaktion mit dem Therapeuten erfahrbar

Agnieszka Marciniak ist wissenschaftliche Hilfskraft in der Abteilung Pragmatik am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim.

Christoph Nikendei ist leitender Oberarzt an der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg.

Johannes C. Ehrenthal ist Klinischer Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg.

Thomas Spranz-Fogasy ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Pragmatik am Institut für Deutsche Sprache in Mannheim.



Minna Köchler (1885 - letztmals erwähnt 1920), „sie selbst / Herr Dr. Wilmanns“, 1906, Bleistift auf Aktenpapier, Sammlung Prinzhorn

und durch reflexive Arbeit verstehbar gemacht wird und zu einer korrigierenden Beziehungserfahrung und damit auch zu einer größeren Handlungsfreiheit führen soll,

- der Zeitraum, in dem beide auf einen Behandlungserfolg hinarbeiten, ist institutionell begrenzt
- und – nicht zuletzt – Psychotherapie ist kostenpflichtig!

Neben der fachinternen Psychotherapieforschung hat sich auch die linguistisch und gesprächsanalytisch motivierte Psychotherapieforschung mit psychotherapeutischer Kommunikation befasst, deren Entwicklung jetzt kurz skizziert werden soll.

Linguistisch-gesprächsanalytische Psychotherapieforschung

Die in der Psychotherapie üblichen Fallberichte, die nach jeweiligen Sitzungen zur Krankheitsgeschichte und zum Therapieverlauf von Patienten erstellt wurden, waren für die Gesprächsanalyse natürlich nicht geeignet. Seit den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts hat die technologische Entwicklung aber audio- und videoteknische Aufzeichnungen möglich gemacht, die auch in der Psychotherapie genutzt wurden. Tatsächlich gehörten psychotherapeutische und psychiatrische Interviews zu den ersten linguistisch motivierten Aufzeichnungen von Audio- und Videodaten (Peräkylä u. a. 2008). Die Forschung daran war dann zwar nominell psychotherapiespezifisch orientiert, leistete aber v. a. wichtige Grundlagenforschung für die Theorie und Methodik der Gesprächsforschung allgemein.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE UND PSYCHIATRISCHE INTERVIEWS GEHÖREN ZU DEN ERSTEN LINGUISTISCH MOTIVIERTEN AUFZEICHNUNGEN

1960 präsentierten die Psychiater Robert Pittenger und John Daheny und der anthropologische Linguist Charles Hockett in „The first five minutes“ die detaillierte Turn-by-Turn-Beschreibung einer psychotherapeutischen Sitzung. Die drei Forscher fokussierten in ihrer Arbeit v. a. die Lexik und Prosodie des sprachlichen Materials, erkannten aber auch z. B. die interaktionale Bedeutung von Pausen, Rückmelde- und Verzögerungssignalen etc., die Notwendigkeit einer genauen Transkription und die Relevanz einer äußerungsorientierten Beschreibung. 16 Jahre später analysierten der Linguist William Labov und der Sozialpädagoge David Fanshel in ihrem Buch „Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation“ (1977) ein fünfzehnminütiges Segment einer psychotherapeutischen Sitzung. Auch sie führten eine Turn-by-Turn-Analyse auf vier Ebenen durch: der verbalen, paralinguistischen, situativ-expansiven (i. e. die Verknüpfung von Äußerungen mit Elementen der Sprechsituation) und (sprach-) handlungsbezogenen Ebene. Sie definierten dabei vier grundlegende, aber eben auch nicht psychotherapiespezifische Handlungstypen auf sprachlicher und metasprachlicher Ebene (metalinguistic action, representation, request, challenge). Bei der Untersuchung dieser Handlungstypen wurden dann zwar psychotherapeutisch relevante Begriffe wie ‚Emotion‘ und ‚Repression‘ eingeführt, dennoch erfolgte noch keine systematische Untersuchung rekurrenter psychotherapiespezifischer Gesprächs- und Interaktionsmuster. Wichtig wurde aber für viele Arbeiten im weiteren Kontext der Gesprächsforschung ihre Unterscheidung in A-Events, über die der Sprecher darstellerisch aus eigener Erfahrung verfügen kann und daher epistemische Autorität besitzt, und B-Events, Erlebnisse anderer, über die der Sprecher selbst naturgemäß nur eingeschränktes Wissen hat – damit wurde erstmals die Unterscheidung von sprachlichen Handlungen und mentalen, kognitiven Prozessen relevant gemacht.

Anhand eines großen Korpus von 48 Gesprächen untersuchte dann die Linguistin Kathleen Ferrara in „Therapeutic ways with words“ (1994) rekurrente psychotherapiespezifische Gesprächs- und Interaktionsmuster. Sie analysierte psychotherapeutisch relevante sprachliche Phänomene (wie die Erzählung persönlicher Erfahrungen, Traum-Erzählung, Metaphern etc.).

Im deutschen Sprachraum haben sich Dieter Flader und andere in den 1980er und 1990er Jahren mit psychoanalytischen Interviews befasst und dabei Asymmetrien hinsichtlich Wissensvorsprung und Gesprächsbeteiligung einer, wie sie es nennen, „desozialisierten Kommunikationssituation“ identifiziert. Koerfer/Neumann (1982) charakterisieren die psychotherapeutische Situation durch Nichtreziprozität (z. B. hinsichtlich Sprecherwahl oder konditioneller Relevanz) und zeigen, dass auch Konversationsmaximen wie die der Relevanz systematisch verletzt werden, z. B. durch die Einräumung sehr weitgehender Darstellungsrechte bei der freien Assoziation.

Insgesamt findet sich in der hiesigen Diskussion eine regelmäßige Auseinandersetzung darüber, ob das psychotherapeutische Gespräch nun v. a. mit alltagsweltlichen Methoden geführt wird oder ob doch systematische Abweichungen davon den eigentlichen Kern solcher Gespräche ausmachen. Scarvaglieri (2013) tendiert zu Letzterem und verweist darauf, dass

- Handlungsmuster wie z. B. Fragen von Therapeuten nicht wie von Patienten erwartet bearbeitet werden,
- der Sprecherwechselmechanismus modifiziert ist
- und der Therapeut qua Professionalisierung größeres Wissen beansprucht, Themen einseitig bestimmt und persönliches Wissen nicht preisgibt.

PSYCHOTHERAPIE ALS SPRACHLICH VERMITTELTE WISSENSUMSTRUKTURIERUNG UND ERWEITERUNG DER EINGESCHRÄNKTEN HANDLUNGSFÄHIGKEIT

Scarvaglieri selbst sieht bei seiner Analyse von Kurzzeittherapien in den Handlungen des „Verbalisierens des emotionalen Erlebnisgehalts“ und des tiefenpsychologischen „Deutens“ die Möglichkeiten einer sprach-

lich vermittelten Wissensumstrukturierung und, damit verbunden, einer Erweiterung der bei den Patienten als eingeschränkt vorausgesetzten Handlungsfähigkeit.

In einem aktuellen Handbuchartikel plädiert Konerding (2015) für eine Erweiterung der auf Wissen und sprachliches Handeln fokussierten linguistischen Forschung durch den Einbezug der emotional-affektiven Komponente. Eine rein rational reflektierte und kontrollierte Handlungssteuerung kann nach ihm kaum wirksam sein, wenn nicht zugleich die damit verbundenen emotional getragenen Haltungen und Einstellungen verändert werden. Ausschlaggebend dafür ist für ihn die besondere Interaktionsdyade, in der der Therapeut das Modell sowohl für den kognitiv-mental wie auch für den emotional-motivationalen Umgang mit Situationen bietet. Als Bezüge für die Erforschung solcher Zusammenhänge bieten sich für Konerding, neben der aktuellen Psychotherapieforschung zur therapeutischen Allianz oder zum Coping, aus linguistisch-interaktionsanalytischer Sicht die Forschungen zur Politeness im Sinne von Brown und Levinson, zum Goffman'schen Face-Konzept und zur Gumperz'schen Kontextualisierungstheorie an.

DIE SEQUENZIELLE ORGANISATION SCHAFFT DIE BEDINGUNG DER MÖGLICHKEIT THERAPEUTISCHER WIRKSAMKEIT

Eine breite und aktuelle internationale Forschung findet sich dann noch im Bereich der Conversation Analysis. Peräkylä, Konversationsanalytiker und Psychotherapeut, hat zusammen mit Antaki, Leudar und Vehviläinen 2008 den Stand der Forschung im Sammelband „Conversation analysis and psychotherapy“ festgehalten. Im Mittelpunkt dieser Forschung steht der Zusammenhang von sprachlich-interaktionaler Handlung und Sequenzialität. 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.

Anders als in den klassischen ärztlichen Gesprächen mit Patienten, in denen eine klare Aufgabenstruktur mit Exploration-Diagnose-Therapieplanung die Handlungsabläufe regelt und Orientierung ermöglicht, finden sich in psychotherapeutischen Gesprächen keine regelmäßig wiederkehrenden Handlungskomponenten, und die einzelnen Sitzungen unterliegen keinem festen Behandlungsschema. Der Therapeut beobachtet den Patienten, sich selbst und die Szene und entwickelt daraus seine Beteiligungsweise, er hört zu, kommentiert und stellt gelegentlich, aber eher selten, eine Frage.

Ein anderer Aspekt psychotherapeutischer Gespräche ist, dass mehrere Gespräche über Wochen, Monate oder auch Jahre hinweg stattfinden. Auch hier gibt es nicht, wie bei ärztlichen Gesprächen, feste Handlungsschemata wie bspw. für medizinische Therapieplanungsgespräche, Kontrollgespräche oder präoperative Aufklärungsgespräche (Busch/Spranz-Fogasy 2015). Und auch die Themenentwicklung psychotherapeutischer Gespräche ist nicht so linear, als dass sich themenorganisatorische Prinzipien als methodologische Leitlinien anbieten könnten. Insofern ist der Fokus auf die Analyse psychotherapiespezifischer Handlungstypen und deren sequenzielle und Kohärenz stiftende Organisationsleistungen gegenstandsadäquat, da man sowohl interaktionslokale Leistungen und mittelfristige Entwicklungen als auch übergreifende – therapeutische – Funktionen in den Blick nehmen kann. Peräkylä u. a. (2008) beschreiben dies im Vergleich zum Schachspiel so: Die einzelne sprachliche Handlung sei ein Schachzug, ihre lokalen Konsequenzen mit Taktik vergleichbar und die therapeutische Funktion als übergreifende Strategie zu charakterisieren.

Sprachliche Handlungen und ihre sequenzorganisatorischen Leistungen lassen sich im Format von Paarsequenzen analysieren, also bspw. als Frage und Antwort, Interpretation und Reaktion etc. Dabei wird eine bestimmte Reaktion von Seiten des Patienten präferiert und damit seine Reaktionsmöglichkeit eingeschränkt. Die sequenziellen Abhängigkeiten werden so zu Vehikeln des therapeutischen Prozesses, bei dem Paarsequenzen ein Mittel zur Bewusstmachung, Wissenserweiterung und Wissensumstrukturierung sind und damit einen spezifischen Mechanismus zur Auslösung von Veränderungen und damit letztlich zur Therapie

bilden. Da beide Parteien an der Produktion von Paarsequenzen beteiligt sind, sind Paarsequenzen auch ein grundlegender Mechanismus der Intersubjektivitätsherstellung.

SPRACHLICHE SEQUENZEN ALS MITTEL ZUR BEWUSSTMACHUNG, WISSENERWEITERUNG UND WISSENSUMSTRUKTURIERUNG

Schwerpunkt der Patientenaktivitäten sind Erzählungen zu Erfahrungen und Ereignissen aus seinem Leben. In diese Erzählungen greift der Therapeut dann ein, hakt nach und lenkt so das Gespräch und die Therapie. Die Eingriffe erzwingen Reaktionen des Patienten, die dann entweder zustimmend oder ablehnend sind. Ablehnung ist für die psychotherapeutische Arbeit wichtig, da sich darin zeigt, mit welchen Erfahrungen und Gefühlen ein Patient Probleme hat. Vor allem dadurch können therapierelevante Persönlichkeitsanteile herausgearbeitet und besprochen werden, was für den therapeutischen Erfolg essenziell ist.

PSYCHOTHERAPIE SUCHT DIE KONFRONTATION

Hier kann man übrigens auch einen wichtigen Unterschied zur somatisch-medizinischen Kommunikation ausmachen: Geht es dort darum, schon im Gespräch hohe Übereinstimmung zu erreichen, sucht die Psychotherapie geradezu die Konfrontation, um problematisches Erleben und Verhalten zu elizitieren und daran zu arbeiten.

Der Widerstand kann dabei offen oder indirekt sein. Neben explizitem Widerspruch sind auch Ausweichen, Sarkasmus, Nicht-Erinnern, das Ausbleiben einer Reaktion, die Fokussierung nur auf einen Teilaspekt einer therapeutischen Nachfrage oder die Einbettung einer Problematisierung in eine Zustimmung als Widerstand erkennbar. In diesen Fällen ist der Therapeut auf sein professionelles Wissen, seine Erfahrungen und sein Gespür angewiesen.



Else Blakenhorn
(1873-1920),
ohne Titel, undatiert,
Öl auf Leinwand,
Sammlung Prinzhorn

Eine Typologie therapeutischer Handlungen

Die sprachliche Interaktion zwischen Patient und Therapeut wird erst durch den professionellen Hintergrund, vor dem der Therapeut agiert, und seinem daraus entwickelten professionellen Bestand an Interaktionswissen (Peräkylä/Vehviläinen 2003) zu einem therapeutisch wirksamen Prozess. Um diesen Prozess zu initiieren und am Laufen zu halten, bedient er sich spezifischer Sprachhandlungen, die er systematisch einsetzt. Diese Sprachhandlungen sind: Fragen, Formulierungen (engl. Formulations), Extensionen und Interpretationen.

PSYCHOTHERAPIE BEDIENT SICH SPEZIFISCHER AUF EINANDER AUFBAUENDER SPRACHHANDLUNGEN

Fragen

Fragen in der Form von W-Fragen und Verb-Erststellungsfragen tragen dazu bei, dass der Patient seine Selbstexploration weiterentwickelt. Am deutlichsten wird das bei sog. optimistischen Fragen, in denen positive Präsuppositionen enthalten sind.

Optimistische Fragen präferieren eine bestätigende Antwort des optimistischen Gehalts; bleibt sie aus bzw. wird eine Abwehrhaltung des Patienten deutlich, werden problematische Aspekte offenbar, die damit bearbeitbar gemacht werden. Auf diese Weise kann also eine therapeutische Wissensumstrukturierung eingeleitet werden.²

- T** mit was für ner °h (0.49) einstellung sind sie denn gekommen (0.25) ich mein (.) was **erhoffen** sie sich oder was (0.5) würden sie sich **wünschen** (.) °h sofern sie sich überhaupt n wunsch zugestehen dürfen
- P** hm des (0.26) geht schon gar nich weil mir wurd der gleich genommen ((lacht)) hh° ich bin eigentlich so mit dem (1.08) wunsch oder dinge (.) im hirn gekommen ähm (0.26) dass ich vergessen kann

Die Patientin verneint hier zwar die in der Frage angesprochene Möglichkeit, spricht dann aber explizit über ihren Wunsch, „vergessen zu können“, der ihr, durch wen auch immer, „gleich genommen“ wurde. „Vergessen zu können“ wird dann aber, wie wir gleich im nächsten Ausschnitt sehen werden, zum ausführlichen Thema.

Abgesehen von diesen optimistischen Fragen ist eine Typologie von Fragen in psychotherapeutischen Gesprächen allerdings noch nicht entwickelt worden. Fragen können sich auf einzelne Aspekte, innere Zustände, Verhaltenshäufigkeiten beziehen, sie können einfache Antworten elizitieren oder auch Gefühle provozieren etc. Eine Typologie wird derzeit im Rahmen des Projekts „Interaktive Bedeutungskonstitution“ am IDS entwickelt.



Edmund Träger (1875-1957), ohne Titel, undatiert, Wasserfarben über Bleistift auf liniertem Papier, Sammlung Prinzhorn

Formulationen

„Echte“ syntaktische Fragen sind tatsächlich aber auch nicht das zentrale Instrument in psychotherapeutischen Gesprächen. Das sind vielmehr spezifische deklarative Äußerungen, die in der Konversationsanalyse seit langem als Formulations, Formulationen, gehandelt werden. Heritage / Watson haben bereits 1979 Formulationen als Verstehensangebote über das bezeichnet, was Gesprächsteilnehmer zuvor gesagt haben. Der Sprecher zeigt damit also an, wie er etwas verstanden hat und fordert gleichzeitig den Gesprächspartner auf, ihm zuzustimmen oder zu widersprechen. Die sequenzielle semantische Abhängigkeit von Äußerungen kann so in psychotherapeutischen Gesprächen genutzt werden, um die Therapie zu lenken und voranzutreiben. Der Therapeut schlägt eine Bedeutung für das vor, was der Patient zuvor gesagt hat. Diese Bedeutung ist zwangsläufig selektiv, fokussiert bestimmte Aspekte und vernachlässigt andere. Formulationen bilden dabei den First-Pair Part einer Paarsequenz, die eine – zustimmende oder ablehnende – Reaktion des Patienten einfordert.

Es handelt sich dabei vielfach um Deklarativsatzfragen – solche Äußerungen sind oft qua Platzierung, Kontext und Prosodie als Fragen formatiert, lassen aber dem Gesprächspartner die Möglichkeit, zu entscheiden, ob er sie als deklarative Äußerung oder als Frage behandelt (Spranz-Fogasy 2010).

Insgesamt wurden vier Arten von Formulationen identifiziert, die in der Reihenfolge, wie sie hier vorgestellt werden, auch eine Art zunehmender Interpretationsleistung des Therapeuten implizieren bzw. dokumentieren: Highlighting, Rephrasing, Relocating und Exaggerating Formulation.³

Der Typus der Highlighting Formulation orientiert sich vollständig an der Äußerung des Patienten. Darin werden „emotional gesteigerte“ deskriptive Elemente aus der Patientenschilderung verwendet und, wie Weiste und Peräkylä (2013) es formulieren, „recycelt“, womit der Wiederverwertungscharakter deutlich gemacht wird. Der Therapeut nimmt das lexikalische Material des Patienten auf, orientiert sich teilweise auch syntaktisch und prosodisch daran und fokussiert einen bestimmten Aspekt. Sequenziell präferiert dieser Typus Zustimmung und im Idealfall auch eine weitere Schilderung therapie-relevanten Materials. Eine Highlighting Formulation findet sich gleich im Anschluss an den vorhin diskutierten Ausschnitt einer optimistischen Frage:

- T** °hh des wär schön wenn man einfach nochmal ganz von vorn anfangen könnte und alles(.) **vergessen** wieder °hh was es an (.) schwierigen sachen an (.) an kränkungen an an °h ((unverständlich))
- P** h° ja
- P** ich weiß nur nich (wirklich) wie ich damit umgehen soll (.) ähm ich wüsst nich wie ich das aufbauen könnte

In diesem Ausschnitt wird deutlich, dass die Patientin mit „ja“ zwar die präferierte Zustimmung gibt, ansonsten aber noch nicht einmal die Projektion eines „schöneren Lebens“ vornehmen kann.

Bei den weiteren drei Typen von Formulationen bringt der Therapeut dann mehr und mehr eigene Überlegungen ein.

THERAPEUTEN ERSETZEN DESKRIPTIVE DARSTELLUNGEN DURCH BESCHREIBUNGEN INNERER VORGÄNGE UND FOKUSSIEREN SO DIE SUBJEKTIVE ERFAHRUNGSEBENE

In Rephrasing Formulations paraphrasiert der Therapeut patientenseitige Darstellungen in spezifischer Weise: Er ersetzt deskriptive Darstellungen durch Beschreibungen möglicher innerer Vorgänge und fokussiert damit die subjektive Erfahrungsebene bei den vom Patienten beschriebenen Umständen. Der Therapeut verwendet dabei oft auch abstraktes psychologisches Vokabular, mit dem die psychologische Erfah-

rungsebene ausgedrückt wird. Der Patient wird dadurch angeregt, weg von der Ereignisoberfläche sich selbst und sein Erleben zu reflektieren und dies im Gespräch weiter zu verfolgen.

- P** is mir egal (.) so lang_s allen anderen gut geht (1.33)
- T** hm_hm (2.14) ((schmatzt)) (.) das (.) klingt jetzt (0.63) das können sie anders sehen das klingt jetzt fast_n bisschen **trotzig** °h (0.64)
- P** °h nee des is einfach nur ähm (0.37) °hhh ((schniefend)) (0.34) ((schnalzt)) mir is (0.43) was heißt mir is egal wie es mir geht ich möchte einfach nur ähm (0.45) ähm menschen (außenrum) (.) (von mir) (.) einfach gut geht
- T** hm_hm
- P** un dafür (0.33) schraub ich mich gerne zurück

In diesem Ausschnitt geht es darum, dass die Patientin sich zwar um andere Menschen kümmert, dabei aber selbst ‚auf der Strecke bleibt‘. Der Therapeut macht sie auf ihre innere Abwehr aufmerksam, und es entspinnt sich ein Gespräch über die Grenzen der Belastbarkeit.

Mit einer Relocating Formulation bringt der Therapeut Erfahrungen, die vom Patienten geschildert wurden, in Zusammenhang mit anderen Erlebnissen des Patienten, die zu anderen Zeiten und Orten stattgefunden haben oder stattfinden könnten. Damit wird ein neuer Kontext etabliert, mit dem das vom Patienten geschilderte Geschehen als symbolische Repräsentation einer anderen Erfahrung charakterisiert wird. Eine Relocating Formulation folgt unmittelbar aus dem, was der Patient gesagt hat (und meist direkt im Anschluss daran) und wird als Aussage gerahmt, die vom Patienten implizit mitgemeint war – das geschieht bspw. mit konsequenziellen Formulierungen wie *also*, *somit* oder *Sie meinen also*.

Im folgenden Ausschnitt wird die Darstellung der Patientin vom Therapeuten mit der aktuellen Gesprächssituation verknüpft, was dazu führt, dass die Patientin vertiefend über die ihr kaum mehr zugängliche „zweite Seite“ spricht und sprechen kann.

- P** also ich hab (.) gelernt in den jahren jetzt wo ich da mit mir °h (also versucht hab) klar zu kommen ähm (.) da hab ich mir (.) zwei gesichter angelegt
- T** hm (0.53)
- P** einmal wie es mir wirklich geht und einmal wie es halt nach außen (.) scheinen muss
- T** hm_hm (.) hm_hm (0.67)
- T** °hh des könnte ja auch **hier im gespräch** passieren (0.5) dass sie (.) vor allem eine seite zeigen
- P** °hh kann ich nur sagen ähm (0.4) ich kenne meine (.) zweite seite kaum noch

Während die bisher behandelten Typen von Formulationen die sequenzielle Präferenz von Zustimmung und Ablehnung therapeutisch funktionalisieren, präferiert der letzte Typus, die übertreibende, Exaggerating Formulation ausschließlich Ablehnung. Hier verallgemeinert und übersteigert der Therapeut die Schilderungen des Patienten, um ihm die Absurdität und zu meist auch Negativität seiner Wahrnehmung vorzuführen, die damit zugleich in Frage gestellt wird. Damit soll der Patient gewissermaßen gezwungen werden, seiner eigenen Schilderung zu widersprechen.

Vor dem nächsten Ausschnitt hat die Patientin berichtet, dass ihr Partner sie nach gemeinsamem Wohnungsbezug, Autokauf, Hochzeitsplänen und Kinderplanung von einem auf den anderen Tag verlassen hatte. Das hatte sie euphemistisch als „Dämpfer“ bezeichnet, was der Therapeut aufgreift und die Ausdrucksweise durch die ironische Kennzeichnung als „freundlich“ problematisiert. Die Patientin verneint auch, gewissermaßen wunschgemäß, und führt im Anschluss an eine weitere (Rephrasing) Formulation, die mit „gemeint“ auf ihre Intention zielt, ihr tatsächliches seinerzeitiges Erleben des Geschehens aus:

- P** ((schnalzt)) un dann war er weg (0.25) und ich allein
- T** wenn sie sagen dämpfer dann klingt des relativ (.) °hh (2.35) **freundlich** (0.29)
- P** Nein
- T** (.) aber so war_s nich **gemeint** wahrscheinlich
- P** mh_mh nee des war eher so_n (.) so_n schlag ins gesicht

Extensionen

Auch Extensionen geben, wie Formulierungen, das Verständnis des Therapeuten von Patientenäußerungen wieder. Der Therapeut führt Patientenäußerungen im syntaktischen Anschluss fort und dokumentiert damit, dass ihm die Gedankenwelt des Patienten zugänglich ist. Es handelt sich aber nicht um Turn Completions, sondern um inhaltliche Fortführungen.

P also war eigentlich bisher (.) fast in allen beziehungungen so
T hm_hm
P aber dann meistens auch immer so mh knall auf fall (.) von heute auf morgen
T hm_hm
T **sodass** sie aus allen wolken gefallen sind
P ja

In seiner Schlussfolgerung fokussiert der Therapeut hier die innere Erlebniswelt der Patientin.

Extensionen sind nur im Zusammenspiel mit der Vorgängeräußerung verständlich und erweitern eine interaktional abgeschlossene Äußerung. Neben Verständnisbekundung und Bekräftigung können Extensionen komplementäre und widersprüchliche Inhalte zu einer Patientenäußerung einbringen. Extensionen können dabei Verknüpfungen zu anderen Kontexten herstellen, Parallelen ziehen oder Vergleiche unterschiedlicher Assoziationsebenen ermöglichen. Sequenziell fordern auch Extensionen Zustimmung oder Ablehnung ein und machen, v. a. im Falle einer Ablehnung, die Bearbeitung von problematischen Erfahrungen möglich.

Interpretationen

Interpretationen sind ein zentrales psychotherapeutisches Instrument, v. a. in der Psychoanalyse. Hier kommuniziert der Therapeut offen, dass er einen Zusammenhang sieht zwischen der Patientenerzählung und einer anderen Ebene. Im Unterschied zur Relocating Formulation ist es hier aber ein eigener Gedankengang des Therapeuten, nicht eine Folgerung aus den Angeboten des Patienten – sinngemäß also nicht „Sie meinen, dass ...“, sondern „Ich denke, dass ...“. Der Therapeut stellt bspw. Zusammenhänge her zwischen aktuellen und vergangenen Ereignissen oder zwischen

manifesten Problemen und unbewussten Handlungen oder Überzeugungen des Patienten. Der Therapeut bietet dem Patienten damit eine Elaboration seiner professionellen Perspektive.

Unter sequenzorganisatorischen Gesichtspunkten sind Interpretationen immer auch First-Pair Parts, die Zustimmung oder Ablehnung konditionell relevant setzen. Allerdings ist die inhaltliche Vorgabe so gestaltet, dass Interpretationen mehr als eine Minimalantwort einfordern, der Patient sein Verständnis der Interpretation elaborieren soll und so einen Einblick in seine Wahrnehmung gewährt.

Im folgenden Beispiel hatte die Patientin berichtet, dass sie bislang v. a. aus Rücksicht auf ihre Mutter keinen Suizidversuch unternommen hatte und sagt dann:

P und das seh ich daran positiv (.) dass ich wenigstens (.) (irgendwie) klar komme (0.53)
T hm_hm^hh des is ja (.) is ja n gefährlicher deal den sie da abschließen mit sich weil sie sich ja auch damit **abhängig machen** von der haltung von jemand anderem (0.11)
P ja (0.17) (aber) (1.27) manchmal äh (.) (is das der grund dafür) dass ich überlebe (0.36) °h °h und deswegen is es positiv

Interpretationen wie diese stellen Zusammenhänge zwischen Patientendarstellungen und ihren grundlegenden psychischen Mustern und Dispositionen her (hier: „sich abhängig machen von Anderen“) und machen solche Muster und Dispositionen damit auch für den Patienten erkennbar und bearbeitbar.

Intersubjektivität

Alle hier vorgestellten Äußerungstypen tragen auf je spezifische Weise dazu bei, die für den therapeutischen Erfolg relevante Intersubjektivitätsbasis herzustellen. Sie nutzen dazu sequenzstrukturelle Eigenschaften der gemeinsamen Beteiligung, der sukzessiven Aushandlung qua Initiative-Reaktions-Schleifen und der damit hergestellten Möglichkeiten der Bezugnahme auf gemeinsame Wissensbestände eines Common Ground. Durch die sequenziell garantierte Reziprozität entstehen gemeinsame, intersubjektive Interpretationseinheiten mit Wirkung über den lokalen Kontext und den jeweiligen Sitzungskontext hinaus.

Diskussion

Die vorgestellten Äußerungstypen treiben gewissermaßen, so kann man zusammenfassen, ein Spiel mit den epistemischen Verhältnissen der beiden Parteien und den sequenzorganisatorischen Strukturen menschlicher Interaktion: Der Therapeut greift Patienten-Äußerungen auf, hinterfragt mehr oder weniger stark die epistemische Autorität des Patienten in Bezug auf dessen eigene Erfahrungen und eigenes Erleben, er bringt selbst in kontrastiver Weise seine eigene Weltsicht ein und irritiert damit beim Patienten dessen epistemischen Status und damit verknüpfte Einstellungen. Dabei nutzt er sequenzielle Zwänge durch Fragen, Formulationen, Extensionen und Interpretationen. Der Patient wird interaktionsstrukturell gezwungen, mitzumachen, zu bestätigen oder sich durch Widerspruch zu öffnen – und damit werden therapierelevante Inhalte erzeugt und ausgehandelt. Überspitzt formuliert handelt es sich um eine Strategie der Verunsicherung zu therapeutischen Zwecken: die interaktiv organisierte Auflösung von kontraproduktiven bzw. destruktiven Denk- und Verhaltensstrukturen mit der mittel- bzw. langfristigen Zielsetzung der Ersetzung durch konstruktive und produktive Muster – auch das sind Vorgänge, die nur sequenziell und prozesshaft organisierbar und damit strukturhomolog zu Interaktionsstrukturen und deren Potenzialen sind.

Bei der linguistisch-gesprächsanalytischen Auseinandersetzung mit dem sprachlichen Handeln der Therapeuten gibt es aber noch einiges zu tun. Wir haben angedeutet, dass die verschiedenen Äußerungstypen unterschiedliche Bezüge zu den jeweiligen Erfahrungswelten der beteiligten Parteien haben, was sicher Auswirkungen auf den therapeutischen Prozess hat. So ist z. B. leicht erkennbar, dass von Fragen über Formulationen und Extensionen zu Interpretationen zunehmend die Therapeutenperspektive relevant gesetzt wird.

Eine aktuelle Untersuchung zu therapeutischen Fragen hat auch gezeigt, dass Fragen die gleichen Funktionen wie Formulationen erfüllen können, also Highlighting, Rephrasing, etc. – darüber hinaus finden sich aber zwei weitere wichtige Funktionstypen: die Frage nach möglichen Ursachen der Erkrankung sowie die Frage nach denkbaren Lösungsprojektionen (Mack u. a. ersch.).



Else Blakenhorn (1873-1920), ohne Titel, undatiert, Öl auf Leinwand, Sammlung Prinzhorn

Vermutlich können auch Extensionen und Interpretationen auf diese oder andere Weise hinsichtlich therapeutischer Funktionen subdifferenziert werden. Zudem sollten auch die bis dato heterogenen Kriterien zur Bestimmung der Sprachhandlungen gesichtet und geordnet werden. Und es gibt sicher auch einen prozessualen Zusammenhang der verschiedenen Äußerungstypen – am Anfang stehen eher Fragen, die v. a. aufdecken sollen, was an Darstellungen und sachli-

chen Zusammenhängen unklar ist. Formulationen, Extensionen und Interpretationen können dann – in dieser Reihenfolge – darauf aufbauen, sodass Schleifen mit typischen Abfolgen dieser Äußerungstypen erwartbar sind, die einen Fortschritt im therapeutischen Prozess dokumentieren: von der Anregung zur Selbstreflexion über den Input ‚von außen‘ (also vom Therapeuten) zur Erkenntnis von dysfunktionalen Mustern und Dispositionen und schließlich deren aktiver Veränderung.

SPRACHWISSENSCHAFT UND PSYCHOTHERAPIE KÖNNEN SICH GEGENSEITIG BEFRUCHTEN

Im Kontext von Therapiegesprächen wird zudem die Frage nach Langzeitfolgen interaktiven Handelns über Einzelgespräche hinaus bedeutsam wie auch der Vergleich von Interaktionshandlungen und -prozessen in unterschiedlichen Therapiekonzepten (siehe dazu aber schon Ehrental / Grande 2014). Weitere Fragen beziehen sich darauf, ob verschiedene Krankheitsbilder den Einsatz bestimmter Sprachhandlungen fördern oder hemmen und auch, ob und wie psychische Erkrankungen kulturspezifische Zusammenhänge besitzen und entsprechende Varianz interaktionaler Strategien erfordern. Hier hat die linguistische Gesprächsforschung sicher reiche zukünftige Forschungsgebiete.

Was die psychotherapeutische Forschung selbst angeht, ist interessant zu sehen, wie wenig sie Untersuchungen zu grundlegenden Strukturen verbaler Interaktion zur Kenntnis nimmt oder gar selbst betreibt (siehe aber Wilke 1992, Grimmer 2014 sowie verschiedentlich Peräkylä). Psychotherapie ist so v. a. inhalts- und konzeptbezogen, d. h., sie orientiert sich an inhaltlichen Darstellungen von Patienten einerseits und damit verbindbaren konzeptuellen Modellen der jeweiligen Therapierichtung andererseits – im Vordergrund stehen Inhalte, Emotionen, Widerstand/ Abwehr, Assoziationen oder Übertragung/Gegenübertragung.

„Das Wort“ und sprachliches Handeln sollen aber nun als zentrale Arbeitsinstrumente mit Potenzialen sui generis in der eingangs angesprochenen Forschungs-kooperation zwischen dem Institut für Deutsche Spra-

che in Mannheim und der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg stärkere Berücksichtigung finden und so einen Diskurs zwischen Sprachwissenschaft und Psychotherapeutischer Medizin etablieren. Dieser soll die hinter den konzeptuellen Modellen der Psychotherapie liegenden sprachlichen Interaktionen zwischen Therapeut und Patient aus gesprächsanalytischer Perspektive analysieren und damit in der fachlichen Diskussion eine wechselseitige Übersetzungsarbeit ermöglichen. Die Sprachwissenschaft profitiert dabei von einem im Kern kommunikativ-sprachlich konstituierten, professionellen Untersuchungsfeld, während die Psychotherapie ein tieferes Verständnis für die kommunikativen Prozesse therapeutischer Arbeit gewinnen kann. Darüber hinaus sollen die Erkenntnisse aus der gemeinsamen wissenschaftlichen Arbeit und deren praktische Implikationen für die sprachliche Ausgestaltung therapeutischer Interventionen dann auch direkt in die Ausbildung von werdenden Psychotherapeuten mit einfließen.

Anmerkungen

- ¹ Die OPD ist ein tiefenpsychologisch fundiertes Gesprächsverfahren, das unter Anwendung von manualisierten Kategoriensystemen und Skalen zur Einordnung der Befunde dazu dient, die Psychodynamik von Patienten zu ermitteln (siehe <www.opd-online.net/> sowie Arbeitskreis OPD 2009). Zum Projekt „Interaktive Bedeutungskonstitution“ siehe <www1.ids-mannheim.de/prag/interaktion/bedeutung.html>.
- ² Die Beispiele im Folgenden entstammen einem Korpus von psychodiagnostischen Gesprächen, die videot technisch an der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg aufgezeichnet und am Institut für Deutsche Sprache transkribiert wurden. Die Transkriptausschnitte wurden gemäß den GAT-2-Minimaltranskriptionskonventionen nach Selting u. a. (2009) mit dem Transkriptionseditor FOLKER <<http://agd.ids-mannheim.de/folker.shtml>> erstellt. Als Sonderzeichen wurden lediglich verwendet (.) bzw. (0.49) für kurze bzw. in Sekunden gemessene Pausen sowie °h bzw. h° für Ein- und Ausatmen.
- ³ Die englischsprachigen Ausdrücke sind zum großen Teil sehr schwer zu übersetzen. Wir belassen sie daher im Original und erläutern jeweils ihre Bedeutung durch Beschreibungen.

Literatur

- Arbeitskreis OPD (Hg.) (2009): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapie. Bern: Huber.
- Breuer, Joseph / Freud, Sigmund (1895): Studien über Hysterie. Leipzig / Wien: Franz Deuticke.
- Busch, Albert / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.) (2015): Handbuch „Sprache in der Medizin“ (= Handbücher Sprachwissen 11). Berlin: de Gruyter.
- Ehrenthal, Johannes C. / Grande, Tilmann (2014): Fokusorientierte Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie von Persönlichkeitsstörungen – ein integratives Modell. PiD (= Psychotherapie im Dialog 3), S. 80-85.
- Ferrara, Kathleen W. (1994): Therapeutic ways with words. New York: Oxford University Press.
- Fiehler, Reinhard (2005): Erleben und Emotionalität im Arzt-Patienten-Gespräch. In: Neises, Mechthild / Ditz, Susanne / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 120-135.
- Grimmer, Bernhard (2014): Psychodynamische Gesprächskompetenzen in der Psychotherapie. Kommunikation und Interaktion. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heritage, John / Watson, Rod (1979): Formulations as conversational objects. In: Psathas, George (Hg.): Everyday language. New York: Irvington Press, S. 123-162.
- Koerfer, Armin / Neumann, Christoph (1982): Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung des Patienten in einem „ungewohnten“ Diskurstyp. In: Flader, Dieter / Grodzicki, Wolf-Dietrich / Schröter, Klaus (Hg.): Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Frankfurt: Suhrkamp, S. 96-137.
- Konerding, Klaus-Peter (2015): Heilung durch Sprache und Sprechen – Linguistik und Psychotherapie. In: Busch, Albert / Spranz-Fogasy, Thomas (Hg.): Handbuch „Sprache in der Medizin“ (= Handbücher Sprachwissen 11). Berlin: de Gruyter, S. 225-242.
- Labov, William / Fanshel, David (1977): Therapeutic discourse: psychotherapy as conversation. New York: Academic Press.
- Mack, Christina / Nikendei, Christoph / Ehrenthal, Johannes C. / Spranz-Fogasy, Thomas (ersch.): [...] *hab ich glaub ich die richtigen fragen gestellt*. Therapeutische Fragehandlungen in psychodiagnostischen Gesprächen (= OPAL , Nr. 3/2016). Mannheim: Institut für Deutsche Sprache.
- Peräkylä, Anssi / Vehviläinen, Sanna (2003): Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. In: Discourse and Society 14, 6, S. 727-750.
- Peräkylä, Anssi u. a. (Hg.) (2008): Conversation analysis and psychotherapy. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pittinger, Robert / Hockett, Charles / Danehy, John (1961): The first five minutes. A sample of microscopic interview analysis. Ithaca, NY: Paul Martineau.
- Scarvaglieri, Claudio (2013): „Nichts anderes als ein Austausch von Worten.“ Sprachliches Handeln in der Psychotherapie. Berlin / Boston: de Gruyter.
- Selting, Margret u. a. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2). In: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 10, S. 353-402.
- Spranz-Fogasy, Thomas (2010): Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In: Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas: Verstehen in professionellen Handlungsfeldern. Tübingen: Gunter Narr, S. 27-116.
- Watzlawick, Paul (2002): Die Möglichkeit des Andersseins: Zur Technik der therapeutischen Kommunikation. Bern: Huber.
- Weiste, Elina / Peräkylä, Anssi (2013): A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. In: Research on Language and Social Interaction 46, 4, S. 299-321.
- Wilke, Stefanie (1992): Die erste Begegnung: eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch. Heidelberg: Asanger.

Bildnachweise

Copyright für alle abgebildeten Werke: Universitätsklinikum Heidelberg, Sammlung Prinzhorn.

Seite 2: Minna Köchler (1885 - letztmals erwähnt 1920), „sie selbst / Herr Dr. Wilmanns“, 1906, Bleistift auf Aktenpapier, Inv. Nr. 4067

Seite 5: Else Blankenhorn (1873 - 1920), ohne Titel, undatiert, Öl auf Leinwand, Inv. Nr. 4267

Seite 6: Edmund Träger (1875 - 1957), ohne Titel, undatiert, Wasserfarben über Bleistift auf liniertem Papier, Inv. Nr. 4518

Seite 9: Else Blankenhorn (1873 - 1920), ohne Titel, undatiert, Öl auf Leinwand, Inv. Nr. 4210

Wir danken der Sammlung Prinzhorn herzlich für die Genehmigung zum Abdruck der ausgewählten Werke. ■