

Thomas Spranz-Fogasy / Susanne Kabatnik / Christoph Nikendei
**Wissenskonstitution durch Lösungsorientierte
Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen***

Abstract: Psychotherapy talk is characterized by epistemic, emotional and professional asymmetries of knowledge, which are continuously adjusted to by the participants in joint process of negotiation. Adjustment is based on structural features of communication: the fundamental sequentiality of verbal interaction, i.e. interrelated succession of utterances of at least two interlocutors, provides for and guarantees the achievement of intersubjectivity and therapeutic efficiency. Solution-oriented questions as a rhetorical practice serve to produce forward-looking awareness, expansion of knowledge and reorganization of knowledge on the patient's side as well as an increased ability to act. These processes become apparent not only locally in the immediate context of solution-oriented questions but also globally in the course of the interaction as a whole.

The data for this research consists of psychodiagnostic interviews conducted according to the concept and manual of the Operationalized Psychodynamic Diagnostics (OPD Task Force 2009).

*wo soll_s denn hingehn in der zukunft
was möchten sie denn machen (T3-1, 01:23:31)¹
un_wie soll_s weiter gehen (T4-2, 01:03:36)*

1 Einleitung

Psychotherapeutische Gespräche zeichnen sich u. a. durch sprachliche Interventionen von Therapeuten aus, die das Gespräch lenken und den Patienten zur Reflexion und Veränderung seiner Lebenssituation anregen sollen. Sprachliche Handlungen von Therapeuten sind in diesem Sinne als »Formen der Beeinflussung«² gesprächs-

* Wir danken Leonie Bröcher, Louisa Morick und Eileen Oelschläger für wichtige Vorarbeiten im Rahmen Ihrer Masterarbeiten.

1 Transkriptausschnitte wurden mithilfe des Transkriptionseditors Folker gemäß den Konventionen des GAT2-Minimaltranskripts (Margret Selting et al., Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2), in: Gesprächsforschung 10 (2009) 353–402. <http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/heft2009.htm>) verschriftlicht; sie werden im Fließtext kursiv geschrieben, als Transkripte in DG Meta Science. Die Angaben in Klammern verweisen auf Therapeut (hier T3) und Gespräch (hier Gespräch 1) sowie auf die Zeitangaben im Gespräch.

2 Werner Kallmeyer, Gesprächsrhetorik: rhetorische Verfahren im Gesprächsprozess, Tübingen, 1996, 7.

rhetorische Verfahren und *das* zentrale Behandlungsinstrument zur Problembearbeitung.³

Beteiligte treffen in Gesprächen stets mit unterschiedlichen Wissensvoraussetzungen aufeinander. Wissensasymmetrien in psychotherapeutischen Gesprächen beziehen sich zum einen auf den hilfeschuchenden Patienten, der seine Beschwerden und die Geschichte seiner Beschwerden, aber keine Lösungsmöglichkeiten kennt, auf Veränderung hofft und dazu auf das professionelle Wissen des Therapeuten angewiesen ist. Auf der anderen Seite steht der Therapeut, der dem Patienten nur helfen kann, wenn er verstehen und nachvollziehen kann, wo die Probleme und Konflikte des Patienten liegen, welche Voraussetzungen gegeben sind und welche Ziele angestrebt werden. Der Therapeut besitzt dabei durch seine professionelle Ausbildung bereits zu und vor Gesprächsbeginn epistemische Autorität über Krankheitsmechanismen oder über die Unbewusstheit von Motiven und Einstellungen bei Patienten. Andererseits erwirbt er aber auch im Gespräch auf der Basis der Ausführungen des Patienten, eigener Beobachtungen und Schlussfolgerungen neues Wissen, welches für diagnostische bzw. (be)handlungsorientierte Zwecke eingesetzt werden kann.⁴

Wichtig für die therapeutische Arbeit ist demnach ein ausreichender Abgleich des unterschiedlichen Wissens und die Herstellung von Intersubjektivität. Dabei geht es nicht nur um das biografisch und rollenspezifisch begründete Wissen im Sinne des *epistemic status*,⁵ sondern zudem um die Einstellung der Beteiligten zu diesem Wissen, ihrem *epistemic stance*.⁶ Beides wird im sprachlichen Handeln deutlich und durch die Symbiose alltagsweltlicher und therapiespezifischer kommunikativer Praktiken⁷ intersubjektiv verfügbar gemacht. Treibende Kraft ist dabei die jeglicher Interaktion inhärente sequenzielle Organisation von Handlungen,⁸ die wechselseitige und aufeinander bezogene Aktivitäten verknüpft, diese für die Beteiligten interpretierbar macht und so den Gesprächsprozess befördert.

3 Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Sanna Vehviläinen / Ivan Leudar (eds.), *Conversation analysis and psychotherapy*, Cambridge, 2008; Claudio Scarpaglieri, *Nichts anderes als ein Austausch von Worten. Sprachliches Handeln in der Psychotherapie*, Berlin, 2013; Agnieszka Marciniak / Christoph Nikendei / Johannes C. Ehrenthal / Thomas Spranz-Fogasy, »... Durch Worte heilen« – Linguistik und Psychotherapie, in: *Sprachreport* 32 (2016), 1–11.

4 Elina Weiste / Liisa Voutilainen / Anssi Peräkylä, *Epistemic asymmetries in psychotherapy interaction: therapists' practices for displaying access to clients' inner experiences*, in: *Sociology of Health & Illness*, Vol. 38 No. 4 (2016), 645–661.

5 John Heritage, *Epistemics in action: action formation and territories of knowledge*. *Research on Language and Social Interaction*, 45 (2012) 1–29; Arnulf Deppermann, *Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource*, *InLiSt* no. 57 (2015), 1–31.

6 John Heritage, *Epistemics in conversation*, in: Jack Sidnell / Tanya Stivers (eds.), *Handbook of conversation analysis*, Chichester, 2013, 395–414.

7 Scarpaglieri, *Austausch von Worten*.

8 Emanuel Schegloff, *Sequence organization in interaction: a primer in conversation analysis*, Cambridge, 2007; Peräkylä et al., *Conversation analysis and psychotherapy*.

Sprachliche Handlungen des Therapeuten zielen in psychotherapeutischen Gesprächen vor allem auf die gegenwärtige Lebens- und Erlebenssituation des Patienten oder retrospektiv auf seine biografische Geschichte. Es finden sich aber auch Interventionen, mit denen prospektiv Lösungen für seine Probleme gesucht oder seine Erwartungen an die Zukunft oder die Therapie ermittelt werden. Fragen, die solcherart auf Zukünftiges zielen, bezeichnen wir als »Lösungsorientierte Fragen«,⁹ die neben der Ermittlung tatsächlicher Lösungsmöglichkeiten dem Patienten auch die Verantwortung für sein zukünftiges Handeln übertragen, sein Vermögen, sich auf die Zukunft zu entwerfen, testen und teilweise auch implizite Kritik beinhalten.¹⁰ Solche Lösungsorientierten Fragen stehen im Fokus dieses Beitrags.

Gegen die These von Elliot et al.,¹¹ die Fragen als den am wenigsten hilfreichen Typ therapeutischer Intervention bezeichnen, werden wir zeigen, dass mit Lösungsorientierten Fragen Reflexionsprozesse eingeleitet und wichtige Ziele von Therapie, Bewusstmachung, Wissenserweiterung und Wissensumstrukturierung, verfolgt werden. Fragen dienen so der zentralen Motivation jedweder Form von Psychotherapie, dem Wunsch nach Veränderung im Erleben, Handeln und Kommunizieren.¹²

Lösungsorientierte Fragen werden hier im Kontext psychodiagnostischer Gespräche untersucht, die mit dem Konzept und Manual der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)¹³ geführt wurden.¹⁴ Wir stellen zunächst kurz die Geschichte und den Stand der konversationsanalytischen und gesprächslinguistischen Forschung zu psychotherapeutischen Gesprächen sowie zu Merkmalen der Wissenskonstitution vor,¹⁵ beschreiben die der Analyse zugrundeliegenden Daten und unser Vorgehen,¹⁶ analysieren dann das Vorkommen, das Design und die sequenziellen Organisationsleistungen Lösungsorientierter Fragen hinsichtlich der lokalen und globalen Problembearbeitung.¹⁷ Der Fokus unserer Untersuchung liegt dabei auf

9 Christina Mack / Christoph Nikendei / Johannes C. Ehrental / Thomas Spranz-Fogasy, »[...] hab ich glaub ich die richtigen fragen gestellt«. Therapeutische Fragehandlungen in psychodiagnostischen Gesprächen, OPAL, 3 (2016), 1–98.

10 Leonie Bröcher, Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen – Die Funktionen der Testung, impliziter Kritik und Ermittlung tatsächlicher Lösungsmöglichkeiten, Universität Mannheim. Masterarbeit, 2017; Eileen Oelschläger, Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen – Testen, Übertragen der Verantwortung und implizite Kritik, Universität Mannheim. Masterarbeit, 2017.

11 Robert Elliot / Christopher B. Barker / Nicolas Caskey / Nancy Pistrang, Differential helpfulness of counselor verbal response modes. *Journal of Counseling Psychology*, (4) 1982, 354–361.

12 Elina Weiste / Anssi Peräkylä, Therapeutic discourse, in: Karen Tracy (ed.), *The international encyclopedia of language and social interaction*, Oxford, 2015, 1–10, hier: 8.

13 Arbeitskreis OPD (Hg.), *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapie*, Bern, 2014.

14 S. u. Kapitel 3.

15 Vgl. Kapitel 2.

16 Vgl. Kapitel 3.

17 Vgl. Kapitel 4.

der mit solchen Fragen verbundenen interaktiven Wissenskonstitution im Dienste diagnostischer und therapeutischer Aufgaben.

2 Psychotherapie aus linguistisch-gesprächsanalytischer Sicht

Der Beginn der linguistischen Forschung zu psychotherapeutischen Gesprächen ist zugleich auch der Beginn der linguistischen Gesprächsforschung: Psychotherapeutische und psychiatrische Gespräche gehören zu den ersten linguistisch motivierten Aufzeichnungen von Audio- und Videodaten.¹⁸ Pittenger et al.¹⁹ analysieren anhand einer transkribierten Videoaufzeichnung auf suprasegmentaler und lexikalischer Ebene das verbale und paraverbale Verhalten einer Schizophreniepatientin und ihres Therapeuten in den ersten fünf Minuten eines psychiatrischen Interviews. 1973 legt Schefflen seinen Forschungsschwerpunkt in einer multimodalen Analyse auf die Kinesik einer Patientin und stellt eine Typologie von insgesamt neun Körperhaltungen auf, die bspw. mit Erklärungen oder einer Verteidigung einhergehen.²⁰ Als Meilenstein gilt aus gesprächslinguistischer Sicht die Arbeit von Labov und Fanshel,²¹ deren qualitative Untersuchung eines 15-minütigen Audioausschnitts mit einer Magersuchtpatientin eine linguistische Mikroanalyse interaktiv-kommunikativen Austauschs mit Blick auf Interventionsstrategien darstellt. Die Autoren legen damit den Grundstein für nachfolgende gesprächslinguistisch geprägte Studien zu Psychotherapie als Gesprächsformat, die sich einerseits durch den Fokus auf (sozio)linguistischen Regularitäten, wie einer spezifischen Rollenverteilung und der sich daraus ergebenden Rechte und Verpflichtungen, und andererseits durch das Interesse an rekurrenten diskursiven Praktiken auszeichnen. Ein zentrales Ergebnis ihrer Arbeit ist die Unterscheidung von events nach epistemischer Autorität der Interaktanten, die sich im Wesentlichen in A- und B-events sowie in AB-events einteilen lassen: Sprecher A besitzt epistemische Autorität, aber nicht Hörer B und umgekehrt, von AB geteiltes Wissen zeigt sich in AB-events.²² Das psychotherapeutische Gespräch ist demzufolge maßgeblich von Wissensasymmetrien und deren Abgleich geprägt und unterliegt einem stetigen Aktualisierungsprozess.²³

18 Peräkylä et al., *Conversation analysis and psychotherapy*.

19 Robert Pittenger / Charles Hockett / John Danehy, *The first five minutes. A sample of microscopic interview analysis*, Ithaca, 1961.

20 Vgl. Albert Schefflen, *Communicational structure. Analysis of a psychotherapy transaction*, Bloomington, 1973, 33; s. dazu auch Peräkylä et al., *Conversation analysis and psychotherapy*.

21 William Labov / David Fanshel, *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*, New York, 1977.

22 Labov / Fanshel, *Therapeutic Discourse*, 62.

23 Vgl. Weiste et al., *Epistemic asymmetries*.

In der deutschsprachigen Forschung wurden Asymmetrien bezüglich der Rede-beteiligung sowie regelmäßige Verstöße gegen Konversationsmaximen fokussiert,²⁴ die an die besondere Rollenverteilung und die spezifische Beziehung der Interaktanten zueinander geknüpft sind. Denn nur durch das therapeutische Setting und das Wissen über die epistemische Autorität des jeweils anderen und deren Anerkennung sind Eingriffe in äußerst private Bereiche überhaupt erst möglich.²⁵ Die kooperative Beziehung²⁶ äußert sich in einer von Vertrauen geprägten Beziehung bzw. Bindung (*affiliation*) und in gemeinsamen Zielen (*alignment*),²⁷ die sprachlich-interaktiv entwickelt werden müssen. Maßgeblich dafür ist auch der zielgerichtete Wissensaustausch.

Da sich Wissen im Gespräch in systematisierbarer Weise in Praktiken des *epistemic stance-taking* äußert und dadurch Rückschlüsse sowohl auf das Wissen der Interaktanten (*epistemic status*) als auch auf deren Einstellungen und Haltungen (*epistemic stance*) gezogen werden können,²⁸ wird interaktive Wissenskonstitution lokalisier- und analysierbar. Alltagssprachliche Handlungen, die in der Psychotherapie als Informationsquelle genutzt werden können, sind z. B. Erzählungen²⁹ sowie Erklärungen, Begründungen und Rechtfertigungen.³⁰ Psychotherapiespezifische(re)

24 Dieter Flader, Die psychoanalytische Therapie als Gegenstand sprachwissenschaftlicher Forschung. In: *Studium Linguistik* 5, Vol. 2 (1978), 77–80; Dieter Flader, Die psychoanalytische Deutung - eine diskurslinguistische Fallstudie, in: Dieter Flader / Wolf-Dietrich Grodzicki / Klaus Schröter (Hg.), *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*, Frankfurt/M., 1982, 138–193; Armin Koerfer / Christoph Neumann, Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung des Patienten in einem »ungewohnten«, Diskurstyp, in: Dieter Flader / Wolf-Dietrich Grodzicki / Klaus Schröter (Hg.), *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*, Frankfurt/M., 1982, 96–137.

25 Mack et al., *Therapeutische Fragehandlungen*, 44.

26 Konrad Ehlich, Zur Struktur der psychoanalytischen »Deutung«, in: Konrad Ehlich / Armin Koerfer / Angelika Redder / Rüdiger Weingarten (Hg.), *Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen*, Opladen, 210–227.

27 Klaus-Peter Koenig, Heilung durch Sprache und Sprechen – Linguistik und Psychotherapie, in: Albert Busch / Thomas Spranz-Fogasy (Hg.), *Handbuch »Sprache in der Medizin«*, Handbücher Sprachwissen (hrsg. v. Ekkehard Felder und Andreas Gardt) (Bd. 11), Berlin, 2015, 225–242, hier: 234.

28 Douglas Biber / Edward Finegan, *Styles of stance in English: Lexical and grammatical marking of evidentiality and affect*, in: *Text* 9 (1989), 93–124; Elise Kärkkäinen, *Epistemic stance in English conversation. A description of its interactional functions with a focus on I think*, Amsterdam, 2003; Heritage, *Epistemics in conversation*; Deppermann, *Wissen im Gespräch*.

29 Fritz Schütze, *Das narrative Interview in Interaktionsfeldstudien*, Fernuniversität Hagen, 1987; Susanne Günthner, *Vorwurfsaktivitäten in der Alltagsinteraktion*, Tübingen, 2000; Gabriele Lucius-Hoene / Arnulf Deppermann, *Rekonstruktion narrativer Identität*, Wiesbaden, 2004; Johannes Schwitalla, *Das Illustrieren – eine narrative Textsorte mit zwei Varianten*, in: Jürgen Dittmann / Hannes Kästner / Johannes Schwitalla (Hg.), *Erscheinungsformen der deutschen Sprache. Literatursprache, Alltagssprache, Gruppensprache, Fachsprache*, Berlin, 1991, 189–204; Alexandra Georgakopoulou, *Small Stories, Interaction and Identities*, Amsterdam, 2007.

30 Marvin B. Scott / Stanford M. Lyman, *Accounts*, in: *American Sociological Review* (1), 1968; John Heritage, *A change-of-state token and aspects of its sequential placement*, in: Maxwell Atkinson /

sprachlich-interaktive Mittel sind nach Ferrara,³¹ die 48 Psychotherapiegespräche untersucht hat, bspw. therapeutische(r) Metaphereneinsatz, Redewiedergabe oder Ko-Konstruktionen von Äußerungen.

Aktuelle Forschungen v. a. aus der *conversation analysis* unterscheiden in therapeuten- und patientenseitige Sprachhandlungen und analysieren deren sequenzorganisatorische Eigenschaften.³² Auf Therapeutenseite werden dabei als *initiating actions* Fragen, als *recipient actions* Extensionen (also syntaktisch angeschlossene inhaltliche Erweiterungen) und Reformulierungen gefasst (i. e. *formulations* als Interpretationen von Partneräußerungen³³). *Formulations* werden unterschieden in *highlighting formulations*, mit denen die subjektive Erlebensebene fokussiert wird, *rephrasing formulations*, die subjektive Anteile aus sachlichen Darstellungen elaborieren, *relocating formulations*, die verschiedene Darstellungen hinsichtlich gemeinsamer subjektiver Anteile verknüpfen und *exaggerating formulations*, als Widerspruch einfordernde Übertreibungen von Patientenäußerungen.³⁴ Hier zeigt sich geradezu paradigmatisch das Zusammenspiel von therapeutenseitigem und Patientenwissen, indem unterschiedliche Wissensbestände zu und Perspektiven auf einen Sachverhalt deutlich und verhandelbar gemacht werden.

Die Differenzierung von *formulations* konnte auch auf therapeutische Fragen übertragen werden,³⁵ es wurden jedoch noch weitere Fragetypen ermittelt: Beispielnachfragen,³⁶ kollaborative Erklärungsfindungsfragen sowie Lösungsorientierte Fragen. Fragen bilden hinsichtlich der Intersubjektivitätsherstellung das Bindeglied zwischen Verstehen und Erfahren wollen, denn sie dokumentieren einerseits bereits Verstandenes und Bekanntes, kommentieren, bewerten und präsupponieren; andererseits setzen sie durch den spezifischen Adressatenzuschnitt ein bestimmtes Antwortformat konditionell relevant und geben durch die Formulierung bereits Auf-

John Heritage (eds.): Structures of social action. Studies in conversation analysis, Cambridge, 1984, 299–345; John Heritage, Oh-prefaced responses to inquiry, *Language in Society*, vol. 27 (1998), 291–334.

31 Kathleen W. Ferrara, *Therapeutic ways with words*, New York, 1994.

32 Sanna Vehviläinen / Anssi Peräkylä / Charles Antaki / Iwan Leudar, A review of conversational practices of psychotherapy, in: Peräkylä et al., *Conversation analysis and psychotherapy*, 188–197.

33 John Heritage / Ron Watson, Formulations as conversational objects, in: George Psathas (eds.): *Everyday Language, Studies in ethnomethodology*, New York, 1979, 123–162; psychotherapeutische Handlungstypen im Überblick s. Peräkylä et al. *Conversation analysis and psychotherapy*; Scarvaglieri, Austausch von Worten; Marciniak et al., »... Durch Worte heilen«.

34 Elina Weiste / Anssi Peräkylä, A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy, in: *Research on Language and Social Interaction*, vol. 46, no. 4 (2013), 299–321.

35 Mack et al., *Therapeutische Fragehandlungen*.

36 Thomas Spranz-Fogasy / Eva Graf / Christoph Nikendei/ Johannes C. Ehrenthal, Requesting Examples in Psychodiagnostic Interviews: Therapists' Contribution to the Sequential Co-construction of Clients' Change, in: Joanna Pawelczyk / Eva Graf (eds.): *Understanding Change in Helping Professions. Special Issue for Communication & Medicine*, revised.

schluss über gegebene Präferenzen.³⁷ Fragen sind demzufolge retro- und prospektiv relevant.

MacMartin³⁸ untersucht die meist abwehrenden Patientenreaktionen auf *optimistic questions* und differenziert hinsichtlich des Resistenzgrades in *answer-like* und *non-answer responses*. Sie zeigt, dass durch die in der Frage präsupponierten positiven Eigenschaftszuschreibungen und die Widerstandshandlungen in Form von Fokusverlagerungen oder Antwort-Unwilligkeit beide Interaktanten auf verschiedenen Ebenen an Wissen von und über einander gewinnen. In einer Längsschnittstudie zu einem ganzen Therapieverlauf zeigen Voutilainen et al.,³⁹ dass sich Patientenreaktionen von zunächst dispräferierten über partiell konforme zu präferierten Reaktionen verändern können.

Sprachliche Handlungen und ihnen folgende präferierte oder dispräferierte Reaktionen enthalten dabei stets Hinweise auf den *epistemic stance* und den *epistemic status* der Interaktanten. Haltungen und Einstellungen werden durch Modalpartikeln angezeigt wie bspw. (mutmaßlich) geteiltes Wissen durch *halt* und *eben*.⁴⁰ Mentale Verben wie *ich denke* können Meinungsverschiedenheiten indizieren,⁴¹ Modalverben und Konjunktiv II relativieren den Gültigkeitsanspruch von Aussagen,⁴² Konjunktionen dokumentieren inhaltliche Relationen zu Vorgängeräußerungen⁴³ und Verzögerungssignale, Abschwächungen und Begründungen zeigen den (Un-)Gewissheitsstatus des Sprechers an.⁴⁴

37 Thomas Spranz-Fogasy, Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden: prädiagnostische Mitteilungen im Gespräch zwischen Arzt und Patient, Berlin [u. a.], 2014, 10; Schegloff, Sequence organization in interaction; Tanya Stivers, Sequence Organization, in: Sidnell / Stivers, The handbook of conversation analysis, 191–209.

38 MacMartin, Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapy, in: Peräkylä et al., Conversation analysis and psychotherapy, Cambridge u. a. 2008, 80–99.

39 Liisa Voutilainen / Anssi Peräkylä / Johanna Ruusuvauro, Therapeutic change in interaction: conversation analysis of a transforming sequence, Psychotherapy Research, 21(3), 2011, 348–365.

40 Maria Thurmair, Modalpartikeln und ihre Kombinationen. Tübingen, 1989, 104ff.; für Therapiegespräche s. Madeleine Fischer, Modalpartikeln in Therapiegesprächen. Die Modalpartikeln ›halt‹ und ›eben‹ in OPD-Gesprächen, Masterarbeit. Universität Mannheim, 2017.

41 Arne Zeschel, Denken und Wissen im gesprochenen Deutsch, in: Arnulf Deppermann / Nadine Proske / Arne Zeschel (Hg.), Verben im interaktiven Kontext: Bewegungsverben und mentale Verben im gesprochenen Deutsch, Tübingen, 2017, 249–336; Arnulf Deppermann / Silke Reineke, Epistemische Praktiken und ihre feinen Unterschiede: Verwendungen von *ich dachte* in gesprochener Sprache, in: Arnulf Deppermann et al., Verben im interaktiven Kontext, 337–376.

42 Gabriele Diewald, Die Modalverben im Deutschen: Grammatikalisierung und Polyfunktionalität, Tübingen, 1999.

43 Arnulf Deppermann / Henrike Helmer, Standard des gesprochenen Deutsch: Begriff, methodische Zugänge und Phänomene aus interaktionslinguistischer Sicht, in: Jörg Hagemann / Wolf Peter Klein / Sven Staffeldt (Hg.), Pragmatischer Standard. Tübingen, 2013, 111–141.

44 Anita Pomerantz / John Heritage, Preference, in: Sidnell / Stivers, The handbook of conversation analysis, 210–228.

Verstehen kann explizit⁴⁵ oder durch Rückmelde⁴⁶- bzw. Wahrnehmungssignale,⁴⁷ *change-of-state-tokens* häufig in Form von Interjektionen⁴⁸ und Reformulierungen⁴⁹ angezeigt werden.

Durch die Analyse der syntaktischen, lexikalisch-semantischen und gesprächsorganisatorischen Ebene können darüber hinaus auch Aussagen über die Handlungsfähigkeit der Beteiligten (*agency*) getroffen werden,⁵⁰ was gerade bei Psychotherapiepatienten durch deren eingeschränkte Handlungsfähigkeit oder gar Handlungssohnmacht bedeutsam ist.⁵¹ Semantische Rollen,⁵² der Gebrauch von bestimmten Pronomen, Verbtypen, Nominalisierungen oder *extreme case formulations* sowie Durchsetzungsvermögen im Gespräch hinsichtlich eigener Relevanzen, Verzögerungen und thematischer Selbst- bzw. Fremdinitiierung geben Aufschluss über die Agentivität der Gesprächsbeteiligten.⁵³

Fragen nehmen dabei eine Sonderstellung in Bezug auf *agency* und epistemische Autorität ein. So befindet sich der Fragende in agentiv dominanter Position gegenüber dem Gesprächspartner, der durch die konditionelle Relevanz mit einem Handlungsauftrag konfrontiert wird. Fragen weisen demnach gesprächssteuernde Funktionen

45 Arnulf Deppermann / Mechthild Elstermann, Lexikalische Bedeutung oder Konstruktionsbedeutungen? Eine Untersuchung am Beispiel von Konstruktionen mit verstehen, in: Anatol Stefanowitsch / Kerstin Fischer (Hg.): Konstruktionsgrammatik II. Von der Konstruktion zur Grammatik, Tübingen, 2008, 103–133; Arnulf Deppermann / Reinhold Schmitt, Verstehensdokumentation: Zur Phänomenologie von Verstehen in der Interaktion, in: Deutsche Sprache 08(3), 2009, 220–245.

46 Konrad Ehlich, Interjektionen, Tübingen, 1986; Jürgen Erich Schmidt, Bausteine der Intonation?, in: Germanistische Linguistik 157–158, 2001, 9–32.

47 Vgl. Harvey Sacks, Lectures on Conversation, Vol. 1. Oxford, 1992, 248ff.

48 Andrea Golato / Emma Betz, German ach and achso in Repair Uptake: Resources to Sustain or Remove Epistemic Asymmetry, in: Zeitschrift für Sprachwissenschaft 27 (2008), 7–37; Wolfgang Imo, Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker (change-of-state-token) im Deutschen, in: Susanne Günthner / Jörg Bücker (Hg.), Grammatik im Gespräch, Berlin, 2009, 57–86.

49 *Fomulations* i. S. Heritage / Watson, Formulations as conversational objects; Arnulf Deppermann, Notionalizations: The transformation of descriptions into categorizations, in: Human Studies 34 (2), 2011, 155–181.

50 Gabriele Lucius-Hoene, Und dann haben wir's operiert. Ebenen der Textanalyse narrativer Agency-Konstruktionen, in: Stephanie Bethmann / Cornelia Helfferich / Heiko Hoffmann / Debora Niermann (Hg.), Agency. Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit, Weinheim/Basel, 2012, 40–70; Jiyeon Kook, Agency in Arzt-Patient-Gesprächen: zur interaktionistischen Konzeptualisierung von Agency, Bern; Berlin; Frankfurt am Main; Wien [u. a.], 2015.

51 Agnieszka Marciniak, Agency in Lösungsorientierten Fragen im psychodiagnostischen Gespräch. Agency-Implikationen und Reaktionen in Wunschfrage-Sequenzen, Universität Mannheim. Masterarbeit, 2017.

52 Charles J. Fillmore, Some problems for case grammar, in: Richard J. O'Brien (ed.), 22nd annual Round Table. Linguistics: developments of the sixties – viewpoints of the seventies, volume 24 of Monograph Series on Language and Linguistics, Washington D.C., 1971, 35–56.

53 Kook, Agency in Arzt-Patient-Gesprächen; s. a. Marciniak, Agency in Lösungsorientierten Fragen.

auf und können Dominanz, Kontrolle und Macht ausüben.⁵⁴ Fragen können dabei hinsichtlich des epistemischen Status sowohl niedrigeren als auch höheren epistemischen Status anzeigen. Syntaktische W-Fragen und Fragen mit dem Verb an erster Stelle (Verberststellungs- bzw. V1-Fragen) können bspw. nur dann als Informationsabfragen verstanden werden, wenn der Adressat die epistemische Autorität über den erfragten Sachverhalt einnimmt.⁵⁵ W-Fragen können zudem durch die Einführung eines als bekannt markierten Redegegenstandes geteiltes Wissen und somit Verstehen demonstrieren⁵⁶ oder aber durch Präsupposition ein neues Thema einführen⁵⁷ und dadurch einen höheren epistemischen Status anzeigen.

Die aufgeführte Liste sprachlicher Phänomene ließe sich noch vielfach erweitern, aus Platzgründen beschränken wir uns hier auf solche Phänomene, die in den späteren Analysen eine Rolle spielen.

3 Daten und Methode

Grundlage der Untersuchung bilden 15 psychotherapeutische Diagnosegespräche, die audio- und videoteknisch aufgezeichnet wurden. Sie entstammen einer Forschungs Kooperation zwischen dem Institut für Deutsche Sprache (IDS) in Mannheim und der Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik in Heidelberg. Die Interviews wurden von fünf TherapeutInnen (1w/4m) mit 15 PatientInnen (8w/7m) geführt. Die Gesamtdauer der Gespräche des Korpus beträgt 18 Stunden und 43 Minuten, die einzelnen Gespräche dauern im Schnitt 75 Minuten. Es handelt sich um Erstgespräche, die mit dem Konzept und Manual der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD; s. dazu Arbeitskreis OPD 2014)⁵⁸ zu Forschungszwecken des OPD-Therapiekonzepts geführt wurden, eine weitere Behandlung des Patienten durch den jeweiligen Therapeuten ist nicht vorgesehen.⁵⁹

54 Jakob Steensig / Paul Drew, Introduction: questioning and affiliation/disaffiliation in interaction, *Discourse Studies*, 10(1), 2008, 515; Eva Graf / Thomas Spranz-Fogasy, Welche Frage, wann und warum? – Eine qualitativ-linguistische Programmatik zur Erforschung von Frage-Sequenzen als zentrale Veränderungspraktik im Coaching, in: *Coaching | Theorie & Praxis*, 2018, 1–16.

55 Kaoru Hayano, Question design in conversation, in: Sidnell / Stivers, *Handbook of conversation analysis*, 395–414; Deppermann, *Wissen im Gespräch*.

56 Spranz-Fogasy, Die allmähliche Verfertigung der Diagnose im Reden, 11.

57 Derek Edwards, Shared Knowledge as a Performative Category in Conversation, in: *Rivista di Psicolinguistica Applicata* 4 (2–3), 2004, 41–53.

58 Arbeitskreis OPD (Hg.), *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2, Das Manual für Diagnostik und Therapie*, Bern 2014.

59 Die Gespräche wurden also nicht zu Zwecken der linguistisch-gesprächsanalytischen Forschung geführt. Die Ergebnisse der Gespräche wurden aber den behandelnden Therapeuten für die weitere Behandlung mitgeteilt.

Die OPD dient der Identifikation eines therapeutischen Fokus vor dem Hintergrund der Biografie des Patienten. Innerhalb der Fokusdefinition werden vorherrschende maladaptive Beziehungsmuster, konflikthafte Lebensthemen und persönlichkeitsbezogene Einschränkungen benannt, um von diesen im Vordergrund stehende therapeutische Ziele abzuleiten und festzulegen. Die über die Herleitung eines therapeutischen Fokus entwickelten Therapieziele können in der nachfolgenden Psychotherapie immer wieder zur Überprüfung des therapeutischen Prozesses herangezogen werden und machen somit Veränderungen im therapeutischen Prozess sichtbar. Die OPD operiert dabei mit vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse:⁶⁰

1. Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen (psychischer, physischer, sozialer Leidensdruck, Krankheitsverständnis, Behandlungsvoraussetzungen mit Akzent auf Erlebnismomenten, Motivationen und vorhandenen Ressourcen, weniger auf Krankheitsverhalten)
2. Beziehung (z. B. dysfunktionale Beziehungsmuster, Gegenübertragung)
3. Konflikt (intrapsychische, spannungsreiche Konfliktkonstellationen, lebensbestimmende, verinnerlichte Konflikte, welche interpersonellen Konflikten etc. gegenübergestellt werden können)
4. Struktur (Qualitäten oder Insuffizienzen psychischer Strukturen, strukturelle Bedingungen beim Patienten)
5. Psychische und psychosomatische Störungen nach Kapitel V (F) der ICD 10

Auf den ersten vier Achsen wird die Ausprägung einer Erkrankung eingestuft. Für die Festlegung eines dysfunktionalen Beziehungsmusters auf Achse 2 wird ein individuelles maladaptives Muster des Patienten formuliert. Auf Achse 3 werden die zwei vorherrschenden Konfliktthemen benannt und beschrieben, ob diese eher mit einem aktiven Bewältigungs- oder passiven Bewältigungsmodus ausgestaltet werden. Zudem werden auf der Strukturachse, der Achse 4, drei defizitäre Strukturmerkmale definiert und das globale Niveau der Persönlichkeitsstruktur festgelegt. Aus diesen Beobachtungen werden einerseits die Therapieziele abgeleitet, andererseits ergeben die diagnostischen Einschätzungen Hinweise auf die generelle therapeutische Herangehensweise bei dem Patienten (konflikt- vs. strukturbezogene Psychotherapie).

Das oben beschriebene Korpus wurde nach den Kriterien von Mack et al.⁶¹ auf Lösungsorientierte Fragen hin gerichtet und eine Kollektion Lösungsorientierter Fragen erstellt. Es enthält 27 Fälle, die sich auf zwölf von fünfzehn Gesprächen verteilen.⁶² Die

⁶⁰ Vgl. Arbeitskreis OPD, Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, OPD-2, 35–36

⁶¹ Mack et al., Therapeutische Fragehandlungen.

⁶² In zwei der Gespräche ohne Lösungsorientierte Fragen wurden Lösungsthemen auf andere Weise angesprochen, z. B. qua Spekulationen des Therapeuten oder auch von den Patienten selbst. In einem weiteren Gespräch verzichtet der Therapeut aufgrund der schweren Traumatisierung der Patientin und der Einmaligkeit des Gesprächs auf stärker interventive Handlungen.

Fragen wurden dann hinsichtlich der folgenden Aspekte genauer untersucht: Bezugspunkte der Frage, Turnkomplexität, Fragetypus, Verbtypus, Verbmodus, Tempus, Nutzung von Wahrnehmungs- und Erlebensausdrücken, Adressierung, Formulierungsdynamik, Entwicklungsdynamik, Reformulierungen und Zeitpunkt im Gespräch.

4 Analysen

4.1 Charakteristika

LoF zielen auf die zentrale Therapieaufgabe der Lösungsfindung für Probleme oder Problemkomplexe des Patienten und weisen eine stark prospektiv-projektive Orientierung auf. Das zuvor relevant gesetzte Thema wird aufgegriffen und hypothetische und auszuhandelnde Lösungsmöglichkeiten können so ohne Angst vor realen Konsequenzen durch die geschützte Therapiesituation auf ihre Adäquatheit hin verbal und mental erprobt werden.⁶³

Inhaltlich beziehen sich LoF entweder auf die Therapie (Ausschnitt 1)⁶⁴ oder das künftige Leben (2) des Patienten und können sich dann weiter auf spezifischere Bereiche, wie etwa Wünsche (3, 5), Hoffnungen, konkrete Perspektiven (4) oder Ziele (6) etc. beziehen. Hier einige Formulierungsbeispiele:

- (1) T **was wünschen sie sich** denn von ner psychotherapie
T5-2 (01:15:35 bis 01:15:36)
- (2) T **gibt es möglichkeiten wie sie für sich selbst sorgen können für sich selbst was gutes tun können**
T2-2 (00:28:15 bis 00:28:20)
- (3) T ((schmatzt)) wo wo zum beispiel also wo müssten sie (.)
wo würden sie sich wünschen dass sie konsequenter wären
T2-4 (00:43:44 bis 00:43:49)
- (4) T **was (.) ist denn das woran sie jetzt (.) wo sie sagen das daran möchte ich arbeiten (.) was auch für sie greifbar is**
T1-3 [1] (00:33:58 bis 00:34:05)
- (5) T ((schmatzt)) °h **wie hätten sie_s denn gern (1.22) wenn sie (.) °h (.) sagen würden (0.91) (was/das) (.) was sie an sich verändern können (0.38) ich mein jetzt nich die beschwerden des is klar**
T3-1 (01:07:50 bis 01:07:58)

⁶³ Vgl. Mack et al., Therapeutische Fragehandlungen, 81f.

⁶⁴ Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf die Transkriptausschnitte unten. Auf die Nummerierung wird in Analysen verwiesen.

- (6) T (.)sagen wir mal so motivations ((atmet ein; ca. 1,19s))
 löcher (.) sind ja (.) (n) was was (1.01) vielen menschen (.)
 passiert im (.) äh studium oder sonst wie und dann
 gibt_s ja °hh für die meisten (0.49) irgendwie dann so_n
 ziel so_n langfristiges ziel was dann (0.35) ihnen dazu (.)
 hilft (0.23) durchzuhalten oder so ((atmet ein; ca. 1,43s))
sowas (.) bei ihnen irgend ne idee was sie wo sie gerne hin möchten
 T1-4 (00:43:31 bis 00:43:57)

Die Prädikate bilden zumeist konjunktivische Formen von Wahrnehmungs-, Psycho-, Modal- und volitionalen Verben mit Zukunftsbezug, wobei sich dies auch auf lexikalisch-semantischer Ebene widerspiegelt: *gibt es möglichkeiten, was denken sie, was möchten sie da, bei ihnen irgend ne idee, wo würden sie sich wünschen*. Auf diese Weise wird die Tentativität der zu verhandelnden Sachverhalte bzw. der eröffneten Spekulationsraum markiert, wobei LoF sowohl kognitive als auch emotiv-volitionale Projektionen zulassen. Hinsichtlich der Fragetypik sind W-Fragen (20/27; Ausschnitte 1, 3–5) deutlich häufiger, es sind aber auch V1-Fragen möglich, treten aber in fast allen Fällen mit integrierten W-Fragen auf (Ausschnitte 2, 6). Das heißt, dass in beiden Fällen basale kategoriale Informationen, wie z. B. Person, Zeit oder Ort, bzw. deren konzeptionelle Existenz abgefragt werden. Die Fragen weisen außerdem je nach Kontextualisierungserfordernissen unterschiedliche Komplexitätsgrade auf (Ausschnitte 1–6) – von kurzen initiativen Äußerungen bis hin zu immer komplexer werdenden Äußerungen mit insertierter und/oder nachgeschobener Klärung der Rahmenbedingungen (Ausschnitt 5: *ich mein jetzt nich die beschwerden*). Auffällig ist die dominante – teils mehrfache – direkte Adressierung trotz Individualtherapie. Durch diese eindringliche Adressierung wird ganz persönliches Wissen erfragt, über das nur der Patient selbst epistemische Autorität besitzt – es geht nicht um allgemeine Wünsche.⁶⁵ Zudem kann so Verantwortung übertragen und beobachtet werden, wie der Patient damit umgeht.⁶⁶ Mit den genannten Merkmalen zielen LoF also auf die epistemisch-emotionale Bewusstseins-ebene des Patienten und setzen ihn unter starken Zugzwang. Dass dieses interaktive Unterfangen für beide Seiten relativ schwierig zu sein scheint, wird durch die (fast) durchgängige und auffällige zögerliche Formulierungsdynamik (19/27) von Therapeut und Patient markiert.

4.2 Kontext

LoF erscheinen zumeist im letzten Drittel der Gespräche (18/27), sonst auch als Beendigung einer komplexeren Themenbehandlung (9/27). Dies lässt sich themenlogisch

⁶⁵ Ein Patient äußert den Wunsch nach »Frieden in der Welt«, wird aber vom Therapeuten korrigiert: *hätten sie auch_n ganz egoistischen wunsch der nur sie selber betreffen würde* (T3-1 (01:27:06))

⁶⁶ Oelschläger, Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen

begründen: Mit LoF wird das zeitbezogene Themenspektrum geschlossen. In Psychotherapie wird ausgehend von der Gegenwart (dem Krankheits-Ist-Zustand) zunächst die Vergangenheit (als Ursachen-/Auslöse-Zeitraum) verhandelt, bevor dann auch die Zukunft (der Problemlösungszeitraum) angesprochen wird – damit wird themenbezogen ein zentraler, der zeitgebundene, Wissenskomplex vervollständigt. LoF knüpfen dabei inhaltlich entweder direkt am vorhergehenden Thema an (23/27) – wobei patienten- oder therapeutenseitige Rede wiederaufgenommen werden kann – oder sie initiieren selbst ein neues Thema (4/27). Auffällig ist, dass LoF stets eine Darstellung geringer Agency des Patienten vorausgeht. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass eine Lösungsorientierte und prospektive Ausrichtung am Themen- oder Gesprächs-ende den Therapieerfolg begünstigen kann. Ein spezifischer vorausgehender Aktivitätstyp, mit dem sequenzlogische Relevanzen für eine LoF verbunden wären, lässt sich jedoch nicht identifizieren.

In T2–4 thematisiert die Patientin selbst wiederkehrende Ohnmachtszustände und kommt dann auf ihr zentrales Problem, nämlich fehlende Konsequenz zu sprechen: *ich kann nicht wirklich konsequent sein* (00:43:32). Dies wird vom Therapeuten in einer LoF lexikalisch wiederaufgenommen: *wo würden sie sich wünschen dass sie konsequenter wären* (s. o. Ausschnitt 3).

Der Patient in T5–2 gibt an, seit einem Jahr zu Hause zu sein *un irgendwie nix auf die reihe [zu] krieg[en]* und formuliert anschließend den Wunsch *ich würd mir wünschen dass ich das fühlen kann einfach auch mal zufrieden mit mir zu sein*. Das negative Selbstbild des Patienten zeigt sich weiter in der Persönlichkeitszuschreibung *ich fühl mich einfach als versager* und *das halt nur weil ich mein him net in den griff krieg*. Hier fragt die Therapeutin dann explizit nach den Therapiewünschen (*was wünschen sie sich denn von ner psychotherapie*; T5–2 (01:17:35)).

In anderen Gesprächen macht der Therapeut den Patienten auf eingeschränkte Handlungsmöglichkeiten aufmerksam, etwa wenn in T3–1 die Abhängigkeit des Patienten von anderen hervorgehoben wird, wenn dieser betont, dass er seine *freude immer mit jemandem teilen müsst* (T3–1 (01:07:22)).

In LoF-Präsequenzen wird also von der Vergangenheit in die Gegenwart blickend reduzierte Agency der Patienten bearbeitet, ein Problem oder Konflikt wird retrospektiv erfasst und nach möglichen Erklärungen dafür gesucht sowie nach Wirkungsbereich und Schwere eingestuft. Die anschließende LoF stellt durch die prospektive Ausrichtung einen Perspektivenwechsel dar, der die Funktion hat, die Blickrichtung des Patienten von Vergangenem in die Zukunft zu wenden. Durch den starken Zugzwang wird auf der Basis des interaktiv rekonstruierten Wissens sowie der individuellen Ressourcen des Patienten zur Lösungsfindung eine interaktive Aushandlungsphase eingeleitet, bei der mit der LoF eine formale und inhaltlich alignierende Antwort konditionell relevant gesetzt bzw. präferiert wird.

4.3 Sequenzielle Organisation

Die sequenzielle Abfolge weist verschiedene, jedoch hinreichend systematisierbare Bearbeitungsschritte auf. Anknüpfungspunkte in der **0-Position** sind wie gesehen therapeuten- oder patientenseitige Darstellungen zu Aspekten eingeschränkter Agency des Patienten. Es folgt dann die LoF seitens des Therapeuten in der **ersten Position**. Da sich die Anknüpfungspunkte thematisch auf die Handlungssohnmacht der Patienten beziehen und durch die LoF gewissermaßen ein Ausbruchsversuch initiiert wird, sind dispräferierte Antworten erwartbar. Tatsächlich fanden wir in den Daten keine präferierte Reaktion in der **zweiten Position**. Dispräferierte Bearbeitungen können aber sehr unterschiedliche Manifestationsgrade aufweisen, die als Widerstand interpretiert werden können⁶⁷: Während in *non-answer responses* der Widerstand ganz offen durch die Unfähigkeit oder den Unwillen, zu antworten, angezeigt wird, wird der Widerstand in *answer-like responses* auf subtilere Weise ausgedrückt, z. B. durch Fokusverlagerung (*refocusing*). Diese Differenzierung von MacMartin⁶⁸ kann noch um einen weiteren dispräferierten Reaktionstyp ergänzt werden: *Partiell-konforme* Antworten sind formal und inhaltlich passende Reaktionen, die aber noch Dispräferenzmerkmale, wie Verzögerungssignale in Kombination mit Fokusverlagerungen, Abschwächungen oder Erklärungen, aufweisen. In der **dritten Sequenzposition** stimmt der Therapeut zu oder er reagiert insistent mit Expansionsanforderungen – oder er verlagert selbst den Fokus z. B. qua retrospektiv gerichteter kollaborativer Erklärungsfindungsfragen⁶⁹ als Rückschritt zu Explorationsaktivitäten. Der Patient kann darauf in einer – nicht mehr obligatorischen – **vierten Position** passend zur Expansionsanforderung reagieren oder er formuliert eine »optimierte Antwort« mit ggf. weiteren Sequenzexpansionen, sozusagen als erneuter Versuch, die LoF »besser« zu beantworten.

Hier die LoF-Sequenz mit ihren Varianten im Überblick:

0-Position	eingeschränkte Agency thematisch	
1-Position	LoF	
2-Position	dispräferierte Reaktion (answer-like, partiell-konform, non-answer)	
3-Position	Insistenz des Therapeuten	Defokussierung (z. B. kollaborative Erklärungsfindungsfrage)

⁶⁷ MacMartin, Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapy

⁶⁸ MacMartin, Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapy

⁶⁹ Mack et al., Therapeutische Fragehandlungen, 86ff.

4-Position	optimierte Antwort	---
5-Position	Therapeuten-Ratifikation	---

Die folgenden Antworten sind in unterschiedlichem Grad dispräferiert. Thematisch werden Möglichkeiten zur Selbstfürsorge und berufliche Vorstellungen angesprochen. Eine dispräferierte *non-answer response* findet sich im Anschluss an Ausschnitt (2); nach der Frage des Therapeuten nach Selbstfürsorge sagt die Patientin: *also im moment hab ich einfach auch noch keine °h ich hab] früher seidenmalerei gemacht [...]*. Sie gibt also an, keine Möglichkeiten zur Selbstfürsorge zu haben, markiert den Zustand als momentan und damit auch potenziell veränderbar, verlagert dann aber den Fokus auf Vergangenes. Der Therapeut gewinnt dennoch Informationen über ein prozedurales Wissensdefizit, ihre kooperative Haltung und frühere Bewältigungsversuche der Patientin.

Partiell-konform ist die Antwort des Patienten in Ausschnitt (6) auf die Frage nach beruflichen Zukunftswünschen. Der Patient setzt mit einer Formulierung eines klaren Ziels an ((.) *ja (0,38) ich hab eigentlich ein klares ziel aber*), markiert dieses Ziel jedoch qua Verzögerung, Modalpartikel *eigentlich* und aposiopetischem *aber* als unsicher bzw. zweifelhaft. Der Therapeut hakt nach und erhält die neue und optimierte Antwort *ich möchte mein (.) studium abschließen und später meine eigene firma gründen*. Damit gewinnt der Therapeut Informationen zu den Zielen des Patienten auf kategorial-expliziter Wissens Ebene wie auch über seinen *epistemic stance* und seine *agency*: Der Patient präsentiert sich als handlungsmächtig, was durch verschiedene sprachliche Mittel angezeigt wird (volitionales Modalverb, telische Handlungsverben, *ich-* und Possessivpronomen).

In allen Fällen erhält der Therapeut also qua sequenzieller Zwänge diagnostisch relevante Informationen vom und über den Patienten: Zu Zukunftsvorstellungen, (Un-)Fähigkeit zum Selbstentwurf, interaktiven Vermeidungsstrategien sowie zu Einstellungen, Zweifeln, Unsicherheit und reduzierter Handlungsfähigkeit, was lokal und im weiteren globaleren Verlauf bearbeitet werden kann.

4.4 Lokale Problembearbeitung

Im folgenden Ausschnitt lässt sich patientenseitiger Widerstand und der Umgang des Therapeuten damit als lokale Problemlösung erkennen. Es geht im Vorlauf um die Unfähigkeit des Patienten, allein zu sein, d. h., auch hier wird reduzierte Agency angezeigt. Der Therapeut kritisiert das Verhalten und stellt eine LoF, mit der er erfragt, was der Patient an sich verändern könnte, und damit Veränderungspotenzial präsupponiert.

(1) T3-1 [2] (01:07:37 bis 01:08:53)

Position	Sequenz	Sprachhandlungstyp
0: T	erklärt dem Patienten die Gefahren einer Abhängigkeit von Anderen	<i>rephrasing formulation</i>
1: T	((schmatzt)) °h wie hätten sie_s denn gern (1.22) wenn sie (.) °h (.) sagen würden (0.91) (was/das) (.) was sie an sich verändern können (0.38) ich mein jetzt nich die beschwerden des is klar	LoF
2: P	was ich [an mir ver]ändern soll (2.28) hh°(0.5) ähm (0.23) ((schmatzt)) ob ich des jemals verändern kann dass ich (1.89) hm hm ungern alleine bin des weiß ich nich °hh] ich weiß auch nich ob ich_s (darauf) also also ob ich_s ändern will weil (.) äh ich genieß des ja (wenn) ich (1.11) leuten die mir wichtig sin irgendwa (.) irgendwas zu unternehmen oder °h (.) dass die bei mir sin oder (1.77)	dispräferierte <i>non-answer & answer-like refocusing response</i>
3: T	((schnalzt)) aber sie laufen ja schon gefahr °h (0.37) ähm (0.62) sich immer wieder von andern abhängig zu machen da[durch] [dass]jemand da sein muss wie so ne infusion °h un_wenn die abgenommen wird dann ham sie angst dass (.) dass es schlimm wird	<i>rephrasing formulation</i>
4: P	(.) ja (0.39) ((schmatzt)) °hh ja des stimmt also ich erhoff mir schon dass ich irgendwo halt auch selbstständig sein kann dass ich (0.55) ((schmatzt)) un_eigenständig (.) un ohne ängste un ohne heimweh äh [nenn ich_s jetzt]mal °h (.) irgendwo hingehn kann meine (.) eigenen ziele verfolllgen]oder so	optimierte Antwort

Der Patient reagiert mit manifester Resistenz, zunächst hinsichtlich der eigenen Unfähigkeit, dann sogar hinsichtlich möglichen Unwillens. Bemerkenswert ist an der Antwort die von Beginn an skeptische, oder vielmehr kritisch reflektierte Formulierungsweise. Nach der Ankündigung seiner Antwort und einem kurzen *ähm* leitet P seine eigentliche Antwort mit der Konjunktion *ob* ein. Er drückt so den Zweifel an der Möglichkeit seines Wunsches aus, noch bevor er überhaupt die Proposition, die diesen Wunsch enthält, anbringt. Der zweifache und dabei beide Male negierte Gebrauch des epistemischen Verbs *wissen* verstärkt diesen Eindruck noch. Der Patient reagiert hier also nicht mit einer völlig freien Projektion, sondern reflektiert differenziert und mit besonderer Berücksichtigung möglicher Widersprüche die verschiedenen Seiten des Alleinseins bzw. die eingeschränkte Fähigkeit dazu, die er zum zentralen Gegenstand der projizierten Veränderungsmöglichkeit macht. Dies problematisiert und kritisiert der Therapeut mit dem erneuten Hinweis, der Patient mache sich dadurch von anderen abhängig. Der Patient reagiert darauf mit doppelter Zustimmung, formuliert seine Antwort auf die LoF neu und optimiert sie, indem er neue Inhalte hinzufügt, wie z. B. selbständig sein, keine Angst haben und Ziele verfolgen, d. h. mit deutlich

erhöhter Agency gegenüber der ersten Antwort und widerstandsloser Bearbeitung der Therapeutenagenda.

Dieser Ausschnitt ist ein idealtypisches Beispiel für eine optimierte Antwort in unmittelbarer Folge, denn es folgt dem Muster: *rephrasing formulation* – LoF – dispräferierte Antwort – *rephrasing formulation* – und abschließender optimierten Antwort. Die anfängliche dispräferierte Antwort stellt hier für den Therapeuten also einen Anknüpfungspunkt für die weitere Bearbeitung dar, wodurch er die Möglichkeit bekommt, direkt und gezielt problematische Verhaltensmuster bewusst zu machen und dadurch Wissen umzustrukturieren.

4.5 Globale Problembearbeitung

In einigen Gesprächen können gleich mehrere LoF beobachtet werden, die in der globalen Interaktionsentwicklung eine wichtige Rolle spielen. Dabei werden jeweils unterschiedliche Aspekte eines Problems bearbeitet. Ein zentrales Problem des Patienten in Gespräch T3-1 – dessen Zukunftsängste durch fehlende Berufsperspektive – wird zu Beginn in Reaktion auf eine LoF explizit geäußert und mit seinen Beschwerden in Verbindung gebracht: Mit der Zunahme der Angst und der Sorgen verschlechterte sich die Symptomatik. Die Lösungsfindung wird so relevant gesetzt und zu einem zentralen Sitzungsthema, das in einem späteren Stadium des Gesprächs dann auch wieder mit LoF bearbeitet wird. Dispräferenz in den Patientenantworten wird sukzessive bearbeitet und auf Lösungsperspektiven hin optimiert.⁷⁰

⁷⁰ Susanne Kabatnik / Christoph Nikendei / Johannes C. Ehrenthal / Thomas Spranz-Fogasy, The Power of LoF - Veränderung durch Lösungsorientierte Fragen im psychotherapeutischen Gespräch, in: Eva Graf / Claudio Scarvaglieri / Thomas Spranz-Fogasy (Hg.), Pragmatik der Veränderung. Problem- und Lösungsorientierte Kommunikation in helfenden Berufen, Tübingen, (revised).

Hier eine schematische Darstellung des Verlaufs:

T3-1; Gesamtlänge 01:35:22 h

LoF	Zeitpunkt	Bezugspunkt	Antwort P, T3_1	Antw.Typ	Agency Antw.	opt.Antw. Umgebung	Agency opt.Antw.
1	00:03:26– 00:03:47	Kriterien des richtigen Berufs	Spaß bringen und glücklich machen	answer-like refocusing	niedrig	-	-
2	01:07:50– 01:08:25	Veränderungs- wunsch	Unfähigkeit/ Widerwille Alleinsein- Thematik zu bearbeiten	non-answer & answer- like refocus- ing	niedrig	ja	deutlich erhöht
3	01:23:30– 01:23:35	Berufliche Zukunfts- vorstellung	Unwissen	non-answer resp.	niedrig	-	-
4	01:24:29– 01:25:07	Berufliche Restperspek- tiven	nicht in Werbung gehen, etw. mit Kindern, später: eventueller Wunsch Künstler zu werden	answer-like refocusing	erhöht	ja	erhöht
5	01:25:11– 01:27:05	drei Lebens- wünsche	Beschwerde über Frage, gutes Leben für alle Menschen, Weltfrieden	non-answer & com- plaining ⁷¹ & answer-like refocusing	niedrig	-	-
6	01:27:06– 01:27:46	Persönlicher Wunsch	Unwissen, Wünsche schließen andere Leute mit ein, jemanden auf Wellen- länge haben, später: Künstler werden und so Lebensunterhalt verdienen	non-answer & answer- like refocus- ing	niedrig	ja	deutlich erhöht

71 MacMartin, Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapy, 89.

Durch den Vergleich von Anfangs- und Endzustand lässt sich der Wissenszuwachs beider Interaktanten demonstrieren. Auf die erste LoF, in der nach subjektiv-erotischen Kriterien für die richtige Berufswahl gefragt wird, reagiert der Patient dispräferiert *ich denk mal im großen und ganzen (.) ähm (0.72) is es_s wichtigste für mich dass der beruf mir irgendwo spass macht un dass er mich irgendwo [glücklich]macht* (00:03:30–00:03:34), indem er vom Bezugspunkt der Frage durch mehrfache Verallgemeinerungen, lexikalische Substitution (*das richtige* zu *wichtigste*) und die lediglich oberflächliche subjektive Bearbeitung deutlich abweicht. Beide *dass*-Sätze stimmen formal und inhaltlich nicht mit der Frage überein, d. h. die Antwort kann als *answer-like refocusing response* eingestuft werden. Der Patient antwortet nicht – wie in der Frage impliziert – emotions-, sondern vernunftgesteuert, was vom Therapeuten danach durch *es klingt jetzt sehr vernünftig wenn sie das so sagen* expliziert wird. Festzuhalten ist, dass der Patient zu Gesprächsbeginn noch kein Konzept zu Kriterien für den richtigen Berufswunsch verbalisiert, der Handlungsauftrag bleibt bestehen.

Im Vergleich dazu ist die Antwort auf eine LoF am Gesprächsende interessant. Die sechste LoF bezieht sich thematisch auf einen bisher noch nicht verbalisierten egoistischen Wunsch des Patienten als Kritik an dessen Vorgängerantworten. Auch hier reagiert der Patient dispräferiert mit *weiß ich (no) net also (0.62) °h (.) irgendwie ((Lachansatz)) (.) schl schließen meine wünsche immer a andere leute mit [ein a]lso*, worauf zunächst keine optimierte Antwort folgt und der Handlungsauftrag bestehen bleibt. Erst nach erneuter Reetablierung der Wunschthematik qua *exaggerating formulation* am Gesprächsende (*aber zum wunsch reicht_s dann nich zu dem (.) dritten*) kommt es zu der optimierten Antwort *ja (0.32) oder obwohl wenn sie jetz: (0.4) wieder auf den wunsch zurückkommen vielleicht würd ich mir wünschen schon irgendwann °h äh als künstler: (.) mein lebensunterhalt verdienen zu können*. Nach Ausdruck der Möglichkeit über andere Optionen und eine Einräumung durch *oder* und *obwohl* markiert der Patient mit dem Zeitbezug eine in der Zwischenzeit entstandene und relevante Veränderung über ein berufliches Wunschkonzept. Trotzdem finden sich darin weiterhin Hinweise auf *epistemic stance* durch *vielleicht*, Verzögerungssignale und Konjunktivgebrauch als Unsicherheit und Zweifel dem Wunsch gegenüber. Anschließend Verstärkung sowie temporale Indefinitheit durch *schon irgendwann* in Bezug auf ›Künstler werden‹ präsupponieren aber, dass ein – noch unbestimmter – Zeitpunkt einer denkbaren Realisierung dessen existiert. Der Patient schließt mit dem inhaltlichen Zusatz, damit auskommen zu wollen, in normaler Formulierungsdynamik ab und zeigt durch die agentive Lexik deutlich erhöhte Agency an. Bemerkenswert ist, dass diese Äußerung mit der LoF zum egoistischen Wunsch formal und inhaltlich übereinstimmt, wegen der markierten Zweifel ist sie aber weiterhin optimierbar, was in der Folge auch geschieht (nicht gezeigt).

Die anfängliche Perspektivlosigkeit verändert sich im Laufe des Gesprächs: Der Patient kommt durch LoF angeleitet schließlich dazu, eine berufliche Wunschvorstel-

lung zu entwickeln.⁷² Hier zeigt sich also, wie der Patient durch LoF zu ganz konkreten Formulierungen einer gewünschten persönlichen Entwicklung und einer beruflichen Perspektive gelangt, was er dann auch im ›realen Leben‹ weiterverfolgen kann. LoF fordern dabei durch sequenzielle Zwänge Reaktionen ein, die gemeinsames Wissen elizitieren, qua Insistenz Ausweichen erschweren und dadurch auch global optimierte (und für beide Seiten verbindlichere) Antworten fördern. Sequenzielle Effekte sind zwar lokal wirksam, können aber auch aufeinander aufbauen und dadurch global wirksam werden. Auch hier erweist sich die Wirksamkeit therapeutischer Handlungen durch die formale sequenzielle Organisation von Interaktion. Wissenskonstitution bzw. Überführung in gemeinsames Wissen kann so in vitro mitverfolgt werden.

In einem weiteren Fall einer Patientin mit stark widerständigem und nachfolgend ambivalentem Verhalten wird deutlich, dass LoF auch sukzessive Widerstandsbearbeitung leisten können,⁷³ was hier nur tabellarisch dargestellt werden kann:

T3-2; Gesamtlänge 01:24:53h

LoF	Zeitpunkt	Bezugspunkt	Antw.Typ	Antwort	Resistenzgrad	Agency Antw.
1	00:34:07– 00:34:34	Therapiehoffnungen/-wünsche	geht nicht, Wunsch wurde gleich genommen, Vergessen können	answer-like refocusing & non-answer ⁷⁴ sarcasm ⁷⁵	manifest	sehr niedrig
2	00:42:16– 00:42:26	Balance herstellen zwischen eigenen und Bedürfnissen Anderer	Sport in Vergangenheit	answer-like refocusing	manifest	niedrig
3	00:56:16– 00:56:21	Wunschbild über gutes Streiten	Unwissen	non-answer	manifest	sehr niedrig
4	00:56:23– 00:56:41	Wunschfantasie zu gutem Streiten	sachlich bleiben und ausdiskutieren	optimierte Antwort, anteilig refocusing	niedrig	erhöht

⁷² Kabatnik et al., The Power of LoF

⁷³ Kabatnik et al., The Power of LoF

⁷⁴ Siehe MacMartin, Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapy.

⁷⁵ Mit optimierter Antwort in Umgebung und erhöhter Agency.

5	01:19:32– 01:19:50	Therapie- Thema/ -wunsch	Zustimmung, Unwis- sen über Bearbei- tung, Nebengedan- ken, Wunsch nach Hilfe	partiell konform	Ambivalenz und Anzeige Kooperations- bereitschaft	niedrig
---	-----------------------	--------------------------------	---	---------------------	--	---------

Im Vergleich von Anfangs- und Endsequenzen ist in beiden Gesprächen sprachlich Veränderung in Form von immer weiter optimierten Antworten zu verzeichnen. Durch die von LoF ausgelösten und beabsichtigten Aushandlungsaktivitäten entsteht die Möglichkeit zur Einleitung eines Prozesses, der durch argumentative Steuerung sukzessive zu Veränderung in Bezug auf Wissen oder Haltung führt. Der Veränderungsprozess folgt dabei einem rekursiven Muster von lokalen zu globalen Problembearbeitungsmechanismen, d. h. durch die lokale Problembearbeitung und deren Wiederholung wird globale Veränderung in Bezug auf die Herstellung bzw. Bearbeitung von Wissen sowie Widerstand erzeugt. Was Voutilainen et al. 2011⁷⁶ für einen Therapieverlauf über mehrere Sitzungen beobachten konnten, wird hier schon in einzelnen Gesprächen sichtbar: die Entwicklung von Patienten von massiver Resistenz über Ambivalenz zu Kooperation.

5 Diskussion

Trotz der Beschränkung auf OPD-Erstgespräche konnten eine ganze Reihe von LoF identifiziert und deren gesprächslokale und globale Funktionen herausgearbeitet werden, wobei unser Fokus darauf lag, wie vorhandenes Wissen elizitiert und gemeinsam weiterentwickelt wird.

Gesprächslokal eröffnen LoF einen Spekulationsraum, wodurch der Therapeut auf verschiedenen Ebenen Informationen von und über den Patienten gewinnt. Dies beinhaltet explizites Wissen über Lebensperspektiven, Therapie- oder Lösungsvorstellungen und auftretenden Widerstand sowie Hinweise zum *epistemic stance* des Patienten, d. h. zu Einstellungen gegenüber eigenen Wünschen oder auch der Agenda des Therapeuten. Bereits vorhandenes bzw. neu dazugewonnenes Wissen des Patienten wird so – sozusagen als Test – abgefragt, und der Therapeut bekommt wichtige Anhaltspunkte zu dessen Selbstwahrnehmung, Kooperationsbereitschaft, notwendigem Problembewusstsein oder Lösungsfindungskompetenz. Die manifeste Adressierung in LoF appelliert außerdem an sehr persönliches Wissen von Patienten über Lösungs- und Zukunftsvorstellungen und sucht allgemeine Wünsche, wie z. B. »Weltfrieden«, auszuschließen. Zudem setzen agentivische Formulierungen dem Patienten implizit ein anderes zukünftiges Selbstbild entgegen. Durch den häufigen Gebrauch

⁷⁶ Voutilainen et al., Therapeutic change in interaction.

von Modal- und kognitiv-emotiven Verben sowie die inhaltlichen Bezugspunkte werden weiter Informationen über den Willen, die Möglichkeiten und die vorhandenen Fähigkeiten des Patienten gesammelt. Das elizitierte prozedurale Wissen betrifft sowohl Lösungsfindungsstrategien als auch die Fähigkeit zur Konzeptualisierung, Ausdifferenzierung der Projektion sowie interaktive Vermeidungsstrategien. Durch die dominante, teils mehrfache, Adressierung wird explizit Verantwortung übertragen, sodass der Patient qua sequenzieller Zwänge eigenständig sowie eigenverantwortlich nach einer Lösung suchen muss, wodurch der Therapeut währenddessen den Umgang damit beobachten kann. Durch den direkten Bezug zu Vorgängeräußerungen mit reduzierter Agency kann außerdem gezielt eingehakt und implizit Kritik geübt werden; diese ist in vielen, aber nicht allen LoF als Präsupposition vorhanden und daher keine ständige Funktion von LoF. Mit LoF wird außerdem ein zentraler, nämlich der zeitgebundene, Wissenskomplex vervollständigt: Nach Gegenwart (dem Krankheits-Ist-Zustand) und Vergangenheit (dem Ursachen-/Auslöse-Zeitraum) wird so auch die Zukunft (der Problemlösungszeitraum) thematisch. Dies dürfte auch der Grund für die Positionierung von LoF an themen- oder gesprächsabschließender Position sein.

Global lösen LoF Aushandlungsaktivitäten aus, die durch rhetorisch-argumentative Steuerung Wissen und Haltungen verändern (können). Auf der Basis des konstruierten Wissens können so sowohl Behandlungsvoraussetzungen als auch Wünsche, Ziele und Lebens- sowie Therapiepläne verhandelt und dispräferierte Antworten bzw. Widerstand bearbeitet werden. Dabei geht der Therapeut auf der sprachlich-interaktiven Oberfläche zwar meist vorsichtig und zögerlich vor, die Fragen an sich sind aber in hohem Maße invasiv, besonders für depressive Patienten ohne Zukunftskonzept, von denen durch den Affirmationsdruck Kooperation eingefordert wird. Die Veränderung zeigt sich dann in immer weiter optimierten Antworten und der Abnahme von Widerstandsreaktionen. Dabei kann häufig ein rekursives Muster von lokalen zu globalen Problembearbeitungsmechanismen beobachtet werden.

In Bezug auf die Veränderungen im Wissen der Interaktanten können durch LoF Wissensasymmetrien ausgeglichen und damit kann Intersubjektivität erreicht werden. Gegenüber stehen sich hierbei therapeutisches epistemisch-professionelles Handlungswissen und patientenseitiges epistemisch-emotionales Erfahrungswissen. Die Art der Frage gibt Aufschluss über therapeutenseitige Präsuppositionen und Annahmen: Durch die Abfrage von kategorialen Informationen mithilfe von W- und V1-Fragen fragt der Therapeut implizit auch danach, ob der Patient bereits Wissen über Perspektiven und einen Zukunftsentwurf besitzt oder nicht, und ob er gegebenenfalls Projektionen dafür zulässt. Auf diese Weise gewinnt der Therapeut Einblicke in die Weltanschauung des Patienten, dessen kategoriales, tentatives, volitionales, epistemisches sowie prozedurales Wissen und die Ausprägung des Widerstands, der u. U. in den nächsten Schritten bearbeitet werden kann. Durch sequenziellen Zugzwang wird die Auseinandersetzung mit dem problematischen Thema eingefordert, durch die Kritikfunktion entsteht die Möglichkeit der direkten Bearbeitung disprä-

ferierter Antworten, und durch gezielte Lenkung führt dies zu Modifikation und Ordnung vielfach nur diffus vorhandener Ideen und Gedanken. Darüber hinaus kann der Patient durch die Referenz auf ko-konstruierte Wissensbestände auch außerhalb der Sitzung sowohl auf prozedurales als auch auf epistemisches Wissen zugreifen und gelangt dadurch zu erweiterter Handlungsfähigkeit.