

Communicative practices of resistance in psychotherapy interactions:
Patients resistance to solution-oriented questions

Kommunikative Praktiken des Widerstands in psychotherapeutischen Gesprächen
Widerstand von Patienten auf lösungsorientierte Fragen

by

Louisa Johanna Morick

A thesis

presented to the University of Waterloo

and the Universitaet Mannheim

in fulfilment of the

thesis requirement for the degree of

Master Arts

in

Intercultural German Studies

Waterloo, Ontario, Canada / Mannheim, Germany, 2017

© Louisa Johanna Morick 2017

AUTHOR'S DECLARATION

I hereby declare that I am the sole author of this thesis. This is a true copy of the thesis, including any required final revisions, as accepted by my examiners. I understand that my thesis may be made electronically available to the public.

HONOR'S DECLARATION

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen in schriftlicher oder elektronischer Form entnommen sind, habe ich als solche unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass im Falle einer falschen Versicherung die Arbeit mit „nicht ausreichend“ bewertet wird. Ich bin ferner damit einverstanden, dass meine Arbeit zum Zwecke eines Plagiatsabgleichs in elektronischer Form versendet und gespeichert werden kann.

ABSTRACT

In this thesis, I investigate the practices of linguistic resistance in psychotherapeutic interactions to uncover which communicative practices of resistance patient use in these interactions. I study this interactional linguistic phenomenon using conversation analytic methodologies, focusing on patient responses to solution-oriented questions. The data for my analysis come from psychotherapeutic interactions involving four individual therapists and four individual patients.

Within this thesis, I define linguistic resistance as: disconfirming responses to a therapist's solution-oriented question. Linguistic resistance plays an important role in psychotherapeutic interactions, allowing the patient to avoid giving a preferred response and, therefore, not dealing with the topic the therapist introduced. While previous research has studied resistance from a psychoanalytic perspective, there is to date little linguistics research on the topic, leading me to my following questions: What communicative practices of linguistic resistance do patients use? How do patients design their linguistic resistance? And how do therapists respond to this form of resistance?

I divide the patients' displays of resistance into three categories: 'optimized responses', 'permanent resistance' and 'no resistance'. Most responses fall in the category 'optimized responses', suggesting patients provide a disconfirming response in response to solution-oriented questions; with therapist intervention, the patient can eventually respond in an optimized manner. One communicative practice of linguistic resistance in this category is to reject the therapist's project through "if I... ever" ["ob ich ... jemals"] or similar formulations. In displays of 'permanent resistance' patients reject the objective problem itself; formulations such "absolutely" ["auf jeden Fall"] are indication of 'no resistance'.

ACKNOWLEDGEMENTS

First of all, I truly want to thank my two supervisors Prof. Dr. Spranz-Fogasy and Dr. Betz for the support, help, friendly ear and great advices! You always showed interest in my thoughts and ideas which motivated me every time. A huge thankyou goes to my family!!! You support me whatever I do or wherever I go. Your love, help, patience and advice, as well as your trust and understanding means everything to me. I couldn't have done without you! You always encourage me in my academic endeavours. Now I want to give my thanks to my IcGS-Family. I enjoyed every second of the last two years: You made them remarkable! Thanks for all the laughing fits, loving hugs, innovative exchanges of ideas, the interest, curiosity and endless library-sessions, as well as the encouragements and being totally unique: You are wonderful! Moreover, I am grateful for all my friends wherever you live. You always help me, support me and care for me! I appreciate it so much to have such amazing friends like you. Your friendship is the best! Last but not least, I want to thank dearly all the people I met during my studies in Mannheim and Waterloo! The exchange during class, events and in the hallway, was always helpful, interesting and lovely.

Als erstes möchte ich mich ganz herzlich bei meinen beiden Betreuern Prof. Dr. Spranz-Fogasy und Dr. Betz für all Ihre Unterstützung, Hilfe, das offene Ohr und die guten Ratschläge bedanken! Sie haben stets Interesse an meinen Ideen und Gedanken gezeigt, dies motivierte mich immer wieder. Ein riesig, großes Dankeschön gilt meiner Familie!!! Ihr unterstützt mich egal was ich mache und wohin ich gehe. Eure Liebe, Hilfe, Geduld und Beratung, sowie euer Vertrauen und Verständnis bedeutet mir alles und ohne Euch wäre meine akademische Karriere nicht möglich gewesen! Nun bedanke ich mich auch bei meiner IcGS-Family. In den letzten zwei Jahre habe ich jede Minute genossen, denn ihr habt sie außergewöhnlich gemacht! Danke für all die Lachanfalle, liebevollen Umarmungen, innovativen Gedankenaustausche, das Interesse, die Neugier und die unzähligen Bib-Sessions, den Zuspruch und einfach eure Art. Ihr seid wundervoll! Außerdem bin ich meinen Freunden, egal wo ihr lebt, dankbar, dass ihr mich immer unterstützt, euch um mich sorgt und mir helft! Ich weiß es sehr zu schätzen, so tolle Freude wie Euch zu haben – ob nah oder fern. Eure Freundschaft ist das Beste! Nicht zuletzt möchte ich ein großes Dankeschön an all die Menschen richten, die ich während meiner Studienzeit in Mannheim und Waterloo kennengelernt habe! Der Austausch in den Kursen, auf dem Gang mal zwischendurch oder bei einem Event war immer hilfreich, interessant und einfach schön.

TABLE OF CONTENTS

Author's Declaration	ii
Honor's Declaration	ii
Abstract	iii
Acknowledgements	iv
Table of Contents	v
List of Figures	vii
List of Tables.....	viii
1. Einleitung	1
2. Forschungsgegenstände.....	3
2.1. Lösungsorientierte Fragen	3
2.2. Widerstand.....	4
2.2.1. Das psychoanalytische Konzept von Widerstand	5
2.2.2. Das linguistische Konzept von Widerstand	7
2.3. Forschungsüberblick.....	9
3. Datengrundlage	13
3.1. Gespräche in der Psychotherapie.....	13
3.1.1. Psychotherapeutische Gespräche	13
3.1.2. OPD-Gespräche	15
3.2. Das Korpus	16
4. Methodik	19
4.1. Konversationsanalyse	19
4.2. methodische Vorgehensweise.....	21
4.2.1. Relevante Analysepunkt	21
4.2.2. Sequenzorganisation	24
4.2.3. Das konversationsanalytische Konzept der Präferenz	26
5. Die Analyse.....	29
5.1. Erfolgreich bearbeitete LoF (T3_1 (2)).....	30
5.1.1. Weitere Gesprächsausschnitte aus Kategorie 1	40
5.1.2. Zwischenergebnisse	42
5.1.3. Widerstand abgewendet (T1_4 (1) und T2_2 (2))	42
5.2. ‚Nur‘ Widerstand.....	52
5.2.1. Weitere Gesprächsausschnitte aus Kategorie 2	58
5.2.2. Zwischenergebnisse	59

5.3. Kein oder kaum Widerstand (T4_2 (2))	61
5.3.1. Weitere Gesprächsausschnitte aus Kategorie 3	66
5.3.2. Zwischenergebnisse	67
6. Ergebnisse	68
6.1. Resultate dieser Arbeit.....	68
6.1.1. Kommunikative Praktiken des Widerstands in meinen Analysen	68
6.1.2. Therapeutenreaktion	72
6.2. Kollationierende Ergebnisse.....	74
7. Fazit und Ausblick	76
References	78
Appendix: Transcription System.....	83

LIST OF FIGURES

- Schaubild 1*: Stufenmodell der Problembearbeitung.....(Abschnitt 2.1.)
- Schaubild 2*: Sequenzorganisation der LoF Antworten.....(Abschnitt 4.2.2.)
- Schaubild 3*: Schematische Kategorien der LoF(Abschnitt 5.)
- Schaubild 4*: Verfeinerte Sequenzorganisation der LoF Antworten.....(Abschnitt 6.2.)

LIST OF TABLES

Tabelle 1: Client Resistance Code Categories.....(Abschnitt 2.2.2)

1. EINLEITUNG

Schon vor ungefähr hundert Jahren konnte erkannt werden, dass man Menschen durch Worte heilen kann und es entstand die heutige Psychotherapie. Wenig später entdeckte Freud das psychoanalytische Konzept des Widerstands bzw. der Abwehr und damit einen mentalen, kognitiven Prozess, der schmerzhaft Erinnerungen verdrängt. Jene Erinnerungen müssen analysiert werden, damit die Behandlung voranschreiten und erfolgreich sein kann. Diese mentalen, kognitiven Abwehrprozesse bzw. Widerstände werden sprachlich realisiert. An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an. Meine Ausgangsfrage, der ich in dieser Masterarbeit nachgehen möchte, ist die Folgende: Was sind kommunikative Praktiken des Widerstands und wie lassen sich diese linguistisch erfassen und beschreiben? Das heißt, es wird konversationsanalytisch untersucht, wie diese sprachlich realisiert und formatiert sind, ob sie eventuell erwartbar waren, welche Relevanz sie für den weiteren Verlauf des Gesprächs haben und schließlich, wie der Therapeut auf diese Widerstände reagiert.

Auf das Thema dieser Masterarbeit bin ich durch das Seminar „Konversationsanalyse: Doctor-Patient-Interaction“ bei Prof. Spranz-Fogasy und Dr. Betz in Waterloo aufmerksam geworden. Hier entdeckte ich mein Interesse für das Analysieren von Sprache bzw. einzelnen Sprachphänomenen wieder. Derzeitig forscht Prof. Spranz-Fogasy im Gebiet „psychotherapeutische Gespräche“, speziell im Gebiet der verschiedenen Fragetypen in diesem Bereich. Da die Fragen der Therapeuten gegenwärtig präziser exploriert werden, ergibt sich die Notwendigkeit auch einen genaueren Blick darauf zu werfen, wie Patienten auf bestimmte Fragetypen reagieren. Um dieses noch breite Feld zu konkretisieren und zu limitieren, spezialisiere ich mich auf die Antworten, bei denen ein Widerstand seitens des Patienten erkennbar ist und zwar im Speziellen nach lösungsorientierten Fragen. Linguistisch betrachtet, gehe ich also der Frage nach: Wie wird Widerstand als sprachlich-sequenzieller Prozess realisiert? Weitergehend ist es interessant zu untersuchen, ob der Patient nach einem Widerstand, in der Arbeit als dispräferierte Antwort definiert, noch eine optimierte Antwort äußert und wie diese entsteht. Im Sinne der Konversationsanalyse wird im Blick behalten, welche Konsequenzen die widerständige Antwort auf die weitere Interaktion haben und somit wird auch auf die Reaktionen der Therapeuten genauer geachtet.

Das Korpus wurde von Prof. Spranz-Fogasy zur Verfügung gestellt. Es handelt sich hierbei um psychotherapeutische Diagnostikgespräche, die zwar für Forschungszwecke aufgenommen wurden, jedoch waren die Interagierenden nicht darüber informiert, dass die

Gespräche für die linguistische Forschung geführt wurden. Daher ist die Authentizität des vorliegenden Datenmaterials gegeben.

In der gegenwärtigen konversationsanalytischen Forschung gibt es derzeit noch wenige Untersuchungen zu linguistischem Widerstand per se und bisher auch noch keine konkreten zu Widerstand in Patientenantworten auf lösungsorientierte Fragen. Daher möchte ich diese Nische besetzen und einen ersten Schritt in diese Richtung machen. Die Arbeit bietet also einen ‚Eintrittspunkt‘ in das noch weit zu erforschende Feld des linguistischen Widerstands. Sie soll somit auch Anstoß und eventuelle Impulse für weitere Untersuchungen zu geben.

Der Theorieteil soll die Grundlage für die spätere Analyse (Kapitel 5.) der fünf psychotherapeutischen Gespräche schaffen. Zunächst erfolgt darin ein Einstieg in die Forschungsgegenstände (Kapitel 2.), danach wird die Datengrundlage (Kapitel 3.) genauer elaboriert und schließlich folgt das Kapitel zur Methodik (4.), bevor die Analyse beginnt. Am Schluss werden die Analyseergebnisse zusammengetragen und schließlich wird ein Fazit gezogen und ein Ausblick eröffnet.

Noch eine kurze Anmerkung zur Schreibweise in der Arbeit: Zitate aus der Literatur werden in doppelten Anführungszeichen wiedergegeben. Für meine eigenen Worte hingegen werde ich daher einfache Anführungszeichen verwenden und fachsprachliche, englische Termini, sowie Zitate und Ausdrücke aus den Transkripten werden kursiv wiedergeben.

2. FORSCHUNGSGEGENSTÄNDE

Zu Beginn dieser Masterarbeit wird es darum gehen, den zentralen Gegenständen der Untersuchung Kontur zu geben. Das untersuchte Objekt in dieser Arbeit ist der Widerstand. Konkret handelt es sich um den Widerstand nach lösungsorientierten Fragen. Damit verständlich wird, was man unter diesen beiden Begrifflichkeiten versteht, werden sie im Folgenden spezifischer definiert. Besonders wichtig ist hierbei zwischen den zwei Konzepten von Widerstand zu unterscheiden.

2.1. LÖSUNGSORIENTIERTE FRAGEN

In der folgenden Definition konkretisiere ich den Fragetypen lösungsorientierte Fragen. Dabei orientiere ich mich an der veröffentlichten Bachelorarbeit von Mack et al. (2016, S. 81ff.) „[...] *ich glaub ich hab die richtigen Fragen gestellt.*“ *Therapeutische Fragehandlungen in psychotherapeutischen Gesprächen*, welche diesen Typ Frage in ihrer Bachelorarbeit identifiziert und konzeptualisiert.

Lösungsorientierte Fragen¹ verlangen eine gute Kooperation zwischen den beiden Interagierenden (Therapeut und Patient), denn sie fordern oftmals ausdrücklich die Mitarbeit der Patienten ein. Sie sind außerdem sehr zukunftsorientiert und haben einen spekulativen Charakter, da sie erst noch umgesetzt werden müssen. Ein zuvor behandeltes Problem wird implizit aufgenommen und dient als Ausgangspunkt für die Lösungsfindung. Die Patienten befinden sich während der Psychotherapie in einem geschützten Raum und können, ohne konkrete Auswirkungen auf ihr Leben, mit verschiedenen Lösungsmöglichkeiten verbal und gedanklich ‚spielen‘ und sich hypothetische Szenarien ausdenken. Diese Fragen dienen der Erarbeitung einer Lösung für ein spezifisches Problem und sind oftmals initiativ vom Therapeuten eingeleitet (S. 81f.).

Mit dieser Fragetechnik stellen die Therapeuten ihren Patienten indirekt eine Aufgabe, ohne dabei autoritär zu erscheinen. Mit Hilfe des Therapeuten und eben durch diese bestimmten Fragen erarbeitet und konstruiert der Patient die Lösung seines Problems selber, denn nur er weiß, was für ihn selber das Ziel ist und was er erreichen möchte. Während der Lösungssuche werden die Fragen des Therapeuten immer konkreter, bis schließlich die zu suchende Lösung herausgearbeitet wurde (S. 83f.). Der Patient trägt also aktiv zur Lösungsfindung bei.

Mack et al. (2016) beschreiben diese Frageform auch als „Hilfe zur Selbsthilfe“ (S. 86), weil der Patient durch die Interaktion mit dem Therapeuten lernen kann Fragen zu formulieren,

¹ Im Folgenden mit LoF(s) abgekürzt.

welche ihm dann bei der Lösungsfindung helfen können. Durch diese Hilfestellung wird dem Patienten zusätzlich aufgezeigt, dass er eigentlich bereits über Wissen verfügt, welches zur Lösung beiträgt, das nur innerviert werden muss.

In einer Forschungsgruppe² des Instituts für Deutsche Sprache, in Mannheim wurde unter der Projektleitung von Prof. Spranz-Fogasy ein *Stufenmodell der Problembearbeitung* erstellt, welches im Folgenden zu sehen ist und verdeutlicht, wann und wo die LoFs in einem Therapiegespräch einzuordnen sind:

Stufe 1: Problemdarstellung

Stufe 2: Problemelaboration

Stufe 3: Problemdefinition

Stufe 4: Lösungsdiskussion

a) Lösungsbedingungen/ -hindernisse

b) Lösungsorientierung

(Sequenzorganisation)



Schaubild 1: Stufenmodell der Problembearbeitung

Anschließend an dieses Stufenmodell, konkret an den letzten Punkt ‚Lösungsorientierung‘, wird eine Sequenzorganisation der LoFs in dem Methodik Kapitel 4.2.2. erläutert, wonach dann auch die Analysen in Kapitel 5 ausgerichtet sind.

2.2. WIDERSTAND

Die Ausgangsfrage dieses Abschnittes ist: Wie kann Widerstand definiert werden? Einmal gibt es den psychoanalytischen Blickwinkel auf diesen Untersuchungsgegenstand, der besonders von Sigmund Freud geprägt wurde. Auf der anderen Seite findet sich das linguistische Konzept des Widerstands wieder, welches in dieser Masterarbeit genauer exploriert wird.

Zunächst drei generelle Definitionen des Wortes Widerstand. Schlägt man das Wort Widerstand im online Duden nach, so erhält man unter der Kategorie Bedeutungsübersicht

² Mitglieder der Gruppe zu dem Zeitpunkt der Entstehung des Modells: Susanne Kabatnik, Leonie Bröcher und Eileen Oelschläger

folgende Bedeutungserklärung: „das Sichwidersetzen, Sichentgegenstellen“ (online Duden, 2017) oder aber auch „etwas, was jemandem, einer Sache entgegenwirkt, sich als hinderlich erweist“ (ibidem.). Synonyme des Wortes wären, laut Duden, „Ablehnung, Gegenwehr, Opposition oder Resistenz“ (ibidem). Das Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS) gibt eine ähnliche Definition: „das Sichentgegenstellen, Sichwidersetzen oder die Gegenwehr.“ (DWDS, 2017). Die Synonyme, die hier genannt werden, lauten: „Abwehr, Defensive, Gegenwehr oder Verteidigung“ (ibidem). In der englischen Literatur zu Widerstand in der Psychotherapie (siehe Verhulst und van de Vijver, 1990; Messer, 2002, oder auch MacMartin, 2008) wird das Wort „resistance“ verwendet. Deshalb schlug ich dieses nach, um auch eine englische Definition für Widerstand zu erhalten. Diese lässt sich, laut digitalen Oxford Dictionary, wie folgt beschreiben:

1. “The refusal to accept or comply with something.
 - a. The use of force or violence to oppose someone or something.”
2. “The ability not to be affected by something, especially adversely.”

(online Oxford Dictionary, 2017)

Ob und inwieweit die obengenannten Definitionen auf den in dieser Arbeit aus linguistischer Sicht betrachteten Widerstand zutreffen, wird sich in den Analysen (Kapitel 5.) zeigen.

2.2.1. DAS PSYCHOANALYTISCHE KONZEPT VON WIDERSTAND

Im Folgenden wird ein kurzer Einblick in das psychoanalytische Konzept gegeben, welches in den Untersuchungen von Sigmund Freud verwurzelt ist. Er bezeichnet Widerstand in der Psychotherapie als „cornerstone“ (Freud 1926, zitiert nach Verhulst und van de Vijver, 1990, S. 173). Ähnlich tituliert Messer (2002) diesen: „Resistance is the bread and butter of psychotherapy“ (S. 158).

Im *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe* (Mertens & Waldvogel, 2008) definiert Ermann Widerstand wie folgt: „Mit Widerstand bezeichnet man in der Psychoanalyse die unbewussten Kräfte, die sich gegen den Fortschritt der psychoanalytischen Behandlung richten. Es sind unbewusste Abwehroperationen, die sich im Verlauf der Behandlung einstellen und die Psychoanalyse behindern, wenn sie nicht analysiert werden“ (S. 838). Des Weiteren nennt er verschiedene Anzeichen, die auf Widerstand beruhen können, wie z.B. „Schweigen und das Ausbleiben von Einfällen [...], ebenso Hemmungen, bestimmte Erlebnisse mitzuteilen, übergefügiges Assoziieren, rasche Symptomheilung [...]“ (ibidem). Ein Patient verschließt sich

also gegenüber dem vom Therapeuten angesprochenen Thema. Allerdings gehen Abwehrprozess und Bewältigungsprozess fließend ineinander über und bilden eine Einheit (Wilhelmi, 1988, S. 26). Somit sollte Widerstand nicht als Feind der Psychoanalyse angesehen werden, sondern als Freund (Messer, 2002, S. 157). Messer argumentiert weiter, dass Therapeuten *mit* dem Widerstand arbeiten sollten, da er Ausdruck der „person’s manner of relation to their inner problems and to others“ (2002, S. 158) ist. Durch den Widerstand kommunizieren sie ihre Not und ihr Elend und versuchen dadurch diese zu bewältigen (ibidem).

In gewisser Weise versuchen Patienten durch Widerstand auf der einen Seite Gefühle, Fantasien und Verhaltensmuster zu verstecken, aber gleichzeitig auch darzulegen (Messer, 2002, S. 163). Denn durch eben dieses widerständige Verhalten machen sie den Therapeuten aufmerksam auf die angedeuteten Aspekte. Damit die Therapie voranschreiten kann, müssen die Widerstände gelöst werden und genau dieser Punkt ist ausschlaggebend für die Psychotherapie. Dieses Argument wird ebenfalls von Verlhust und van de Vijver (1990) unterstützt: „Clients try to escape from painful subjects or memories. [...] therapists, however, focus their attention on theses (memories of) painful events“ (S. 185). Das heißt, die Therapeuten intervenieren und hinterfragen die Aspekte, bei denen ein Patient widerständig reagiert. Dies kann zu einer längeren Therapie führen, bzw. aus psychotherapeutischer Sicht ist deswegen überhaupt eine Therapie notwendig, denn „if the patient could express simply and clearly what she felt and could give a perfect accurate view of her relations with others, the therapist’s problem would be simple. Then no psychotherapy would be involved“ (Labov & Fanshel, 1977, S. 334). Die Herausforderung des Therapeuten liegt darin, diese Widerstände zu erkennen, dort anzuknüpfen und sie ihren Patienten zu illustrieren, da diese oftmals ihre eigenen Probleme und Widerstände nicht erkennen (Labov & Fanshel, 1977, S. 334f.).

Das psychotherapeutische Konzept des Widerstands ist seit Freud ein zentrales Element in der Therapie: Der Patient versperrt etwas aus seinem Bewusstsein, was sehr wichtig, aber oftmals schmerzhaft ist und was dann in der Therapie aufgedeckt werden muss, da eben genau dieser Punkt elementar für die analytische Arbeit ist (Vehviläinen, 2008, S. 120). Dieses Konzept impliziert also einen Abwehrvorgang, der innerlich stattfindet und nach außen durch den Widerstand wiedergespiegelt und damit ersichtlich wird. An dieser Stelle knüpft die vorliegende Arbeit an. Was sind Praktiken des Widerstands und wie werden diese sprachlich realisiert? Um diesen Fragen nachgehen zu können, wird im Folgenden das linguistische Konzept des Widerstands expliziert.

2.2.2. DAS LINGUISTISCHE KONZEPT VON WIDERSTAND

In dieser Arbeit wird das Sprechen, hier explizit der Widerstand beim Sprechen, als diagnostisches und therapeutisches Agens im Rahmen psychotherapeutischer Gespräche beleuchtet (Marciniak et al., 2016, S. 1). Das heißt nicht das psychoanalytische Konzept von Widerstand wird analysiert, denn dies wurde auch bereits vielfach in der Forschungsliteratur diskutiert (u.a. Verhulst & van de Vijver, 1990; Messer, 2002), sondern es wird aus linguistisch-konversationsanalytischer Perspektive auf den Forschungsgegenstand Widerstand geblickt. In dieser Masterarbeit definiere ich Widerstand in der Interaktionslinguistik, in Abgrenzung zur Definition in der Psychoanalyse, als Reaktionen³ eines Patienten, in denen er die Frage des Therapeuten in handlungsanalytischer Weise dispräferiert bearbeitet. Scarvaglieri (2013) stellt fest, dass „damit [...] an dieser Stelle ein wichtiger Aspekt der Erforschung psychotherapeutischer Gespräche angesprochen [wird]: Die Unterscheidung von sprachlichen Prozessen auf der einen Seite und mentalen, kognitiven Prozessen auf der anderen Seite“ (S. 10). Im vorherigen Kapitelabschnitt erklärte ich das Konzept des Widerstands als mentalen, kognitiven Prozess in der Psychotherapie, dieser Abschnitt behandelt Widerstand als sprachlich-sequenziellen Prozess.

Eine weitere Definition bezüglich des linguistischen Widerstands liefert Vehviläinen (2008), die die folgenden Merkmale als widerständig ansieht: „problems of spontaneous expression of thought (remaining silent, editing one’s talk) or other ‘problems of participation’ (arriving late, missing appointments or payment)” (S. 121). Ergänzend hierzu lassen sich auch Gegenfragen, nicht typ-konforme Antworten und wie bereits oben erwähnte dispräferierte Antworten als Charakteristika des linguistischen Widerstands vermerken. Ebenso kann man auch von einem Widerstand aus linguistischer Sicht sprechen, wenn es zu einer Abschwächung der Antwort entweder durch kognitive Verben, wie *glauben*, *denken*, *meinen* oder Modalisieren mit *schon*, *vielleicht* kommt. Auf die Abschwächungen der Antworten haben sich auch Labov und Fanshel (1977) in ihrer Forschung konzentriert. Sie zählen zu diesen noch „*euphemisms*. [...] which refers to a milder or mitigated form of emotion, to another, which is more direct: *bother for anger*“ und auch „*vague references* (Hervorh. im Original). [...] [usage] of vague or abstract terms to refer to [...] problems: [...] *things are getting just a little too much* [...]“ (S. 335f.) (alle Hervorhebungen im Original).

Außerdem könnten Verzögerungen, wie *mhm* und längere Pausen, über zwei Sekunden seitens des Patienten, als Widerstand betrachtet werden. Darüber hinaus werden mangelnde

³ In der Arbeit wird folgend meistens von präferierten/dispräferierten Antworten gesprochen; die Worte Antwort und Reaktion werden somit kongruent gebraucht.

Responsivität oder Teil-Responsivität aus linguistischer Sicht als widerständige Reaktion angesehen. Hierbei kommen die Patienten zwar dem Aufforderungscharakter der LoF nach, gehen aber inhaltlich nicht auf die Frage ein, sodass es zu keiner präferierten oder dann optimierten Antwort kommt. An dieser Stelle sollte festgehalten werden, dass das Ziel einer therapeutischen Frage ist, eine präferierte Antwort von den Patienten zu erhalten. Kommt es zu keiner solchen Antwort, ist Widerstand erkennbar.

Die folgende Abbildung stammt aus dem Artikel *Observation of Client Resistance* von Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh und Forgatch (1984). Die Tabelle zeigt die von Kavanagh, Gabrielson und Chamberlain (1982a) aufgestellten Kategorien des „Client Resistance Code“ (CRC). Diese Tabelle „is a mutually exclusive and exhausting 7-category coding system designed to study client resistant behaviour during therapy sessions“ (Chamberlain et al., 1984, S. 147). Lediglich zwei Kategorien beschreiben präferierte Antworten, die anderen fünf fallen unter die dispräferierten Antworten.

Resistant responses	
1. Interrupt/talkover	Coded only when the client is obviously cutting the therapist off or talking over the therapist
2. Negative attitude	Responses indicating unwillingness/inability to cooperate with therapist's suggestions (e.g., blaming others, statements of hopelessness, defeat, disagreement)
3. Challenge/ confront	Responses challenging the therapist's qualifications and/ or experience; responses that indicate that the therapist doesn't know what s/he is doing
4. Own agenda	Bringing up new topics/concerns to avoid discussing to block the issue(s) that the therapist was on
5. Not tracking	Inattention, not responding, answering a question directed to another, disqualifying a previous statement
Cooperative responses	
6. Nonresistant	All responses that are neutral, cooperative, or following the direction set by the therapist
7. Facilitative	Short utterances indication attention or agreement

Tabelle 1: Client Resistance Code Categories aus Observation of Client Resistance von Chamberlain et al. (1984, S. 148).

Einige Aspekte der Tabelle überschneiden sich mit bereits oben genannten Punkten: „interrupt/ takeover“ ist ähnlich wie das von Vehviläinen (2008) angesprochene Merkmal

„editing one’s talk“, oder „not tracking“ könnte gleichgesetzt werden mit „remaining silent“, ebenfalls angesprochen von Vehviläinen.

Subsumierend kann gesagt werden, dass es sich bei dem untersuchten Gegenstand in dieser Arbeit, um ein linguistisches Phänomen handelt. Es geht um die Beschreibung dessen, was in der Interaktion sichtbar und somit direkt analytisch zugänglich ist. Die mentalen und kognitiven Prozesse spielen hierbei eine untergeordnete Rolle. Allerdings sind diese bei dem psychoanalytischen Konzept von großer Bedeutung. Dies ist der signifikante Unterschied zwischen den beiden Konzepten. Anzumerken ist noch, dass sowohl beide Konzepte, sprachliche, sowie mental, kognitive Prozesse in psychotherapeutischen Gesprächen zu finden und auch für die Erforschung dieser relevant sind (Scarvaglieri, 2013, S. 10). Jedoch ist für die vorliegende Arbeit das eben elaborierte Konzept des linguistischen Widerstands (sprachlich-sequenzielle Prozesse) von Bedeutung. Durch diese Arbeit wird versucht einen kleinen Beitrag zum Thema linguistischer Widerstand zu leisten: Wie sehen kommunikative Praktiken des Widerstands in den hier untersuchten Transkripten aus, lassen sie sich kategorisieren und kann man eventuelle Regularitäten aufdecken? Ob und inwieweit sich die oben genannten Merkmale des linguistischen Widerstands in meinen Daten niederschlagen, werden die Analysen zeigen.

2.3. FORSCHUNGSÜBERBLICK

Der folgende Abschnitt bietet einen Forschungsüberblick zu den fundamentalen Themen dieser Arbeit: Psychotherapeutische Gespräche und der linguistische Widerstand in diesen. Die bisherige Forschung bezüglich des linguistischen Konzepts von Widerstand beschränkt sich auf ein paar wenige Artikel. Zu psychotherapeutischen Gesprächen gibt es hingegen sowohl linguistische als auch psychoanalytische Forschung. Für diese Arbeit sind die linguistischen Forschungen in den beiden Themengebieten, Psychotherapiegespräche und Widerstand, von Relevanz. Es wird zunächst eine Übersicht über die wesentlichen Publikationen bezüglich psychotherapeutischer Gespräche, Konversationsanalyse und Sprache in der Medizin gegeben. Danach werden maßgebliche Artikel zum Thema linguistischer Widerstand kurz erörtert. Da drei der Abhandlungen, die für die spätere Analyse wichtig sind, im Kapitel über die Methodik genauer ausgeleuchtet werden, werden sie hier zwar namentlich genannt, jedoch wird inhaltlich nur summarisch auf sie eingegangen.

Die Autoren Marciniak, Nikendei, Ehrenthal und Spranz-Fogasy veröffentlichten im Jahr 2016 den Artikel „... durch Worte heilen“ – *Linguistik und Psychotherapie*. In diesem stellen die vier Verfasser vor, wie Linguistik und Psychotherapie zusammenhängen. Er ist somit hilfreich für den Einstieg in die Thematik und dient als allgemeine Grundlage für die Arbeit. In

einer stichpunktartigen Zusammenfassung wird auf den ersten Seiten dargestellt, was Psychotherapie definiert und wie Sprache darin involviert ist. Sie zeigen auf, das Sprechen bzw. durch Sprache Heilung erfolgen kann. Es wird herausgearbeitet, dass in der Psychotherapie Sprachhandlungen (Äußerungstypen) des Therapeuten aufeinander aufbauen: 1. Fragen; 2. Formulationen; 3. Extensionen und schließlich 4. Interpretationen (S. 5 – 8). Außerdem decken sie auf, dass diese Äußerungstypen sequenzielle Zwänge hervorrufen. Das heißt, Patienten kommen dadurch in den Zugzwang: Sie sind gezwungen mitzumachen, Aussagen (Formulationen oder Interpretationen) zu bestätigen oder sich Widerstand zu öffnen (S. 9). Die empirischen Untersuchungen decken auf, dass der Therapeut die Patientenäußerung aufgreift, die epistemische Autorität des Patienten in Bezug auf dessen eigene Erfahrung hinterfragt, seine eigene Weltsicht einbringt und mit diesen Strategien den Patienten irritiert (ibidem.). Eines ihrer Ergebnisse ist: Therapeuten verunsichern die Patienten durch die Äußerungstypen zu therapeutischen Zwecken.

Eine grundlegende Quelle für die Methodik bietet die Monografie *Linguistische Gesprächsanalyse: Eine Einführung* von Brinker und Sager (2010). Sie gibt einen Überblick über die Thematik der Gesprächsanalyse und führt in die Grundbegriffe und Methoden dieser ein. Da sich diese Masterarbeit als konversationsanalytische oder auch gesprächsanalytische Arbeit versteht, sind die Grundlagen zu diesem Thema unabdingbar. Vornehmlich wurde die Monografie im Kapitel zur Methodik als Quelle verwendet.

Als Basis für den Forschungsgegenstand der LoFs dient der bereits in 2.1. erwähnte Artikel „[...] *ich glaub ich hab die richtigen Fragen gestellt.*“ *Therapeutische Fragehandlungen in psychotherapeutischen Gesprächen* von Mack, Nikendei, Ehrenthal und Spranz-Fogasy. Sie beschäftigten sich 2016 eingehend mit den Fragen zu psychotherapeutischen Handlungen in der linguistischen Forschung. Bis dato hat dieses Thema noch nicht viel Aufmerksamkeit erhalten⁴. Die Autoren untersuchen die Funktionen von Sprachhandlungen in der Psychotherapie und analysieren deren sprachliche Eigenschaften. Ihr Korpus sind die gleichen OPD-Interviews, die auch in dieser Arbeit verwendet werden. Das essentielle Ergebnis für diese Masterarbeit ist die Entdeckung des Fragentypes „Lösungsorientierte Fragen“ (S. 81ff.). Dieser wird in dem Artikel präzise analysiert und kategorisiert. Somit ist der Artikel die Grundlage für den Forschungsgegenstand LoF (siehe Abschnitt 2.1.)

⁴ Mehr dazu in Bröcher und Oelschläger (2017, in Vorbereitung).

Besonders der Artikel *Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction* von Sanna Vehviläinen (2008) bietet eine gute Basis für die zukünftigen Analysen. In diesem Artikel analysiert die Autorin psychotherapeutische Transkripte und schreibt ihre Beobachtungen und Ergebnisse auf. Die Daten stammen aus 56 Psychoanalytischen Sitzungen. Beteiligt waren zwei Analytikerinnen und drei Patienten. In dem Artikel werden mehrere Punkte, wie lange Pausen (S. 132), Ausweichen (S. 129) oder Verallgemeinerungen in den Erzählungen des Patienten (S. 123f.) als Anzeichen für Widerstand kategorisiert. Die von ihr gewonnenen Erkenntnisse sind später gut mit den Resultaten dieser Arbeit vergleichbar: Sind ähnliche Praktiken des Widerstands in den analysierten Transkripten der vorliegenden Masterarbeit auffindbar? Außerdem ist ihr Konzept des „noticing“ (S. 123) interessant, denn dadurch wird die Widerständigkeit von Patienten vom Therapeuten als solche deklariert. Dies bedeutet, der Therapeut kann durch einen „noticing – Kommentar“ aufzeigen, dass die vorherige Antwort des Patienten nicht adäquat war, er diese als problematisch ansieht und auch so behandelt.

Eine weitere Quelle in Bezug auf die Analyse von Widerstand in Patienten-Antworten, ist der Artikel *Observation of Clients Resistance* von Chamberlain et al. (1984). In ihrer Studie analysieren sie Therapiesitzungen von Familien die Probleme bei der Kindererziehung haben. Über einen bestimmten Zeitraum werden die Entwicklungen der Familien und der Problemlösung während der Therapie beobachtet. Der zentrale Punkt für diese Arbeit ist die Abbildung der „Client Resistance Code Categories“, welche von Kavanagh, Gabrielson und Chamberlain (1982a) aufgestellt wurde. Die Kategorien des „Client Resistance Codes“ beinhalten zwei Unterteilungen: Auf der einen Seite sind fünf Punkte zusammengefasst, die Widerstand bei Patienten aufzeigen und auf der anderen Seite zwei Punkte, in denen sich die Patienten als kooperativ und nicht widerständig verhielten (siehe Abschnitt 2.2.2.). Diese Zusammenfassung der möglichen Widerstandsphänomene wird mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit verglichen.

Ein weiterer hilfreicher Aufsatz bezüglich des Widerstands bei Patienten und die Therapeutenreaktion wurde von Voutilainen und Peräkylä (2016) verfasst. In ihrem Buchkapitel *Interactional Practices in Psychotherapy* wird, basierend auf konversationsanalytischer Forschung, über die Beziehung zwischen der interaktionalen Seite von Psychotherapie und den klinischen Theorien über psychotherapeutische Arbeit diskutiert. Durch den konversationsanalytischen Ansatz ist es ihnen möglich Psychotherapiesitzungen mit Hilfe allgemeiner Mittel der sozialen Interaktion zu analysieren. Das Buchkapitel schneidet vier zentrale Themen an: 1. Therapeutische Zusammenarbeit; 2. Empathie des Therapeuten; 3. Widerständigkeit bei Patienten und 4. die therapiebedingte Veränderung bzw. Entwicklung.

Ihre Daten sammelten sie über sechs Monate und das Korpus umfasst insgesamt 57 Therapiesitzungen. Vor allem ihre Beobachtungen bezüglich des Konzepts „empathy and challenge“ (S. 10 und 19) sind für die Analysen dieser Masterarbeit relevant, da diese Strategien dem Therapeuten helfen mit der Widerständigkeit von Patienten umzugehen.

Im Kapitel zur Methodik werden drei Veröffentlichungen genauer beleuchtet. Einer davon ist der Artikel *Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies* von MacMartin (2008). Dieser ist eine Grundlage für das untersuchte Konzept „linguistischer Widerstand“ und vor allem für dessen Analyse. Sie arbeitet in ihrem Artikel heraus, wie man linguistischen Widerstand erkennen und kategorisieren kann. Auf der Basis von 10 individuellen Therapiesitzungen mit vier Patienten und fünf noch lernenden Klinikern beweisen sie, dass Patienten sich in ihren Antworten auf sogenannte „optimistic questions“ oftmals feindselig („disaffiliative“, S. 85) verhielten. Die Antworten werden von ihr als widerständig oder teil-widerständig bewertet, da sie inadäquat und als problematisch vom Therapeuten eingestuft werden. Sie teilt die Antworten in zwei Kategorien ein: *answer-like responses* und *non-answer responses* (S. 85f.). Detailliertere und weitere Informationen hierzu in Kapitel 4.2.2.

Für die Analyse ebenfalls relevanten Publikationen sind der Artikel *Preference* von Pomerantz und Hertiage (2013) und die Monografie *Gespräche analysieren: Eine Einführung* von Deppermann (2008). Wie MacMartin werden auch diese im Methodik Kapitel 4.2.1. und 4.2.2. genauer erörtert.

Wie durch den Forschungsüberblick ersichtlich wird, wurde das Thema linguistischer Widerstand erst ansatzweise analysiert. Die Fragestellung nach den kommunikativen Praktiken des Widerstands auf lösungsorientierte Fragen wurde bisweilen noch nicht tiefer gehend eruiert. Daher wird in dieser Arbeit versucht, nach ersten Beobachtungen und Analysen, Erkenntnisse in Bezug auf den linguistischen Widerstand nach LoFs zu gewinnen. Ein Grund, weshalb bislang keine Forschung zu diesem Thema vorliegt, ist womöglich der Aspekt, dass dieser Fragentyp erst im vergangenen Jahr erstmalig von Mack et al. entdeckt und kategorisiert wurde. Somit ist diese vorliegende Arbeit eine ‚Pionierarbeit‘: Sie dient als ‚Anfangspunkt‘ oder ‚Türöffner‘ für das weite, noch relativ unerforschte Feld des linguistischen Widerstands.

Nachdem nun zwei Zugänge zum Thema Widerstand referiert und ein Forschungsüberblick gegeben wurde, wird es nun die Datengrundlage dieser Masterarbeit referiert.

3. DATENGRUNDLAGE

In diesem Kapitel wird ein Überblick über die in dieser Arbeit verwendeten Daten gegeben. Zunächst wird das Gespräch in der Psychotherapie allgemein genauer beleuchtet, um dann im zweiten Punkt die Grundlagen des Korpus der Analysen (Kapitel 5) kurz darzulegen.

3.1. GESPRÄCHE IN DER PSYCHOTHERAPIE

Bevor die Datengrundlage (Korpus) dieser Arbeit thematisiert und präzisiert wird, soll zunächst ein Überblick gegeben werden, wie Gespräche in der Psychotherapie aussehen. Dies impliziert zum einen: Wo lassen sich psychotherapeutische Gespräche einordnen, wie unterscheiden sie sich von anderen medizinischen Gesprächen, was zeichnet sie aus und welche Rolle spielt dabei das psychotherapeutische Konzept der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD)?

3.1.1. PSYCHOTHERAPEUTISCHE GESPRÄCHE

Im Gegensatz zu reinen Anamnesegesprächen sind Psychotherapiegespräche oft ähnlich wie Alltagsgespräche mit einer vertrauten Person, der man eine persönliche Geschichte erzählt und seine Gefühle offenbart (Marciniak et al., 2016, S.1). Allerdings ist ein deutlicher Unterschied zu Alltagsgesprächen erkennbar, denn „nur der Patient spricht über seine persönlichen Erfahrungen und Gefühle, nicht der Therapeut.“ (ibidem). Außerdem ist der Sprecherwechsel („turn-taking“) „geregelter als in Alltagsgesprächen“ (ibidem.), die Therapie ist auf einen bestimmten Zeitraum festgelegt und der Therapeut leitet das Gespräch professionell und passt es situativ an, auch wenn es eine alltagssprachliche Oberfläche besitzt (ibidem). Daher kann man von einer Experten-Laien-Kommunikation sprechen (Deppermann, 2010, S. 11). Wie auch in anderen Arzt-Patienten-Interaktionen müssen Therapeut und Patient „ihre Rollen und die damit verbundenen Asymmetrien hinsichtlich Betroffenheit, Wissen, Interessen oder Interaktionsrechten- und -pflichten im Gespräch etablieren und aufrecht erhalten [sic!]“ (Spranz-Fogasy, 2010, S. 30). Die Gespräche zwischen den beiden Interagierenden sind sehr vertraulich: „Sie handeln von individuell erlebten und erlittenen Erfahrungen, körperlichen Versagens, der Schädigung, des Leids und der Einschränkung bis hin zur existenziellen Bedrohung“ (Spranz-Fogasy, 2010, S. 27). Es ist folglich extrem wichtig, dass der Therapeut sich individuell auf jeden Patienten einstellt und sich im Laufe der Gespräche an den Patienten „herantastet“.

Durch die Entdeckung von Breuer und Freud vor circa 120 Jahren, „dass Symptome der Hysterie bei ihren Patienten verschwanden, wenn sie die auslösende Erinnerung ins

Bewusstsein heben konnten und damit verbundene Affekte in Worten ausführlich geschildert wurden“ (Marciniak et al, 2016, S. 1) erkannte man, dass man durch das Sprechen Heilung herbeiführen kann und somit wurde das Verbalisieren von psychischen Probleme zu einer Therapiemöglichkeit. Sprache wurde zu einem elementaren Werkzeug in der Behandlung psychosomatischer Erkrankungen (ibidem). Die Heilung des Patienten findet also ausschließlich im Gespräch statt und geschieht daher durch das sprachliche Handeln in der Therapie (Scarvaglieri, 2013, S. 1). Folglich wird die heilende Macht, die Sprache haben kann, in der Psychotherapie somit besonders sichtbar: „sprachliches Handeln in der Psychotherapie macht Kranke gesund“ (ibidem). Das heißt, in dieser verbalen Interaktion, liegt der Fokus der Teilnehmer fast ausschließlich auf dem sprachlichen Handeln (Deppermann, 2010, S. 12). Somit ist ein genaues Zuhören und das damit verbundene „retroperspektives Verstehen von Partneräußerungen“ (ibidem, S. 10) in der Psychotherapie besonders wichtig. Zuhören impliziert zum einen: zuhören, *was* der Patient sagt, zum anderen *wie* er es sagt. Der Therapeut versucht „Schlüsse [*interpretative statements or formulations*]⁵ aus den Klagen des Patienten zu ziehen, ohne sie in ein Schema einzuordnen oder gar zu pressen“ (Mertens & Waldvogel, 2008, S. 605). Um dies tun zu können, muss der Therapeut Geduld zeigen, die Äußerungen auf sich wirken lassen „und der eigenen Phantasie freies Spiel [...] lassen, mit Fragen zurückhaltend sein und nicht sofort handeln“ (ibidem.). Der Schwerpunkt der Therapie liegt folglich auf den von dem Patienten erzählten Erfahrungen und Lebensereignissen. Während oder nach diesen Erzählungen hakt der Therapeut nach und durch dieses Nachfragen leitet er die Therapie (Marciniak et al., 2016, S. 4).

Nun könnte die Frage gestellt werden, weshalb es wichtig ist, psychotherapeutische Gespräche linguistisch zu untersuchen. Antworten darauf bietet Scarvaglieri (2013) in seinem Buch *Nichts anderes als ein Austausch von Worten*. Er expliziert, dass durch die Untersuchung von Sprache in der Psychotherapie die Wirksamkeit der Sprache erkennbar wird, wie zum Beispiel die heilende Funktion und aber auch, dass man neue Erkenntnisse über Gesprächsprozesse erhält, das heißt „über das Funktionieren von Sprache im Allgemeinen“ (S. 1). Infolgedessen sind psychotherapeutische Gespräche als Forschungsgegenstand in der Linguistik besonders interessant: Man hat „die Möglichkeit Sprache am Werk zu sehen [...]“ (ibidem.). Aber nicht nur für die Linguisten, sondern auch für die Psychotherapie ist das Analysieren von diesen Gesprächen von großer Relevanz, da auch sie durch die linguistische Analyse eine „Neuperspektivierung des [untersuchten] Gegenstands“ (S. 2) erhalten. Diese

⁵ Mehr dazu in Kapitel 5.

wiederum kann zu „neuen therapeutisch relevanten Erkenntnissen“ (ibidem.) führen. Abschließend zu diesem Thema konstatieren Mack et al. (2016) in ihrer Arbeit, dass man dem sprachlichen Handeln in psychotherapeutischen Gesprächen möglicherweise drei Funktionen zu ordnen kann: Zum einen die elementare kommunikative Funktion, zum anderen die spezifisch therapeutische und die schließlich daraus resultierende Funktion, dass sich die „Verbalisierungs- und Kommunikationskompetenz des idealerweise symptomfreien Patienten“ (S. 11) verändert und verbessert hat.

3.1.2. OPD-GESPRÄCHE

Die in dieser Arbeit untersuchten psychotherapeutischen Gespräche wurden auf der Grundlage der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik durchgeführt. Daher halte ich es für essentiell das Konzept der OPD-Gespräche kurz anzuschneiden. Das Diagnostikverfahren wurde von dem gleichnamigen Arbeitskreis OPD entwickelt, um „aus dem Gespräch heraus die Psychodynamik des Patienten einschätzen“ (Mack et al. 2016, S. 19) zu können. Das Ziel ist es „die symptomatologisch-deskriptiv orientierte *ICD-10 Klassifikation* (Hervorh. im Original) psychischer Störungen um psychodynamische Dimensionen zu *erweitern* (Hervorh. im Original).“ (OPD, 2004, S.19).

Die OPD konstituiert sich aus vier psychodynamischen und einer deskriptiven Achse: Die ersten vier Achsen entstammen einem aus der Psychoanalyse abgeleiteten psychodynamischen Verständnis. Wir gehen davon aus, dass die wesentlichen Festlegungen in diesen vier Achsen mit psychoanalytischen Teilkonzepten (Persönlichkeitsstruktur, intrapsychischer Konflikt, Übertragung) übereinstimmen, wobei Schlussfolgerungen auf der Ebene des Unbewussten nur mit Vorsicht und unter Bezug auf die vorgegebenen Operationalisierungen erfolgen sollen. (opd-online, 2017)

Diese fünf Achsen werden während eines Gesprächs abgearbeitet, um eine Diagnose erstellen zu können. Bei der ersten Achse *Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzung* liegt der Fokus auf „Erlebenselementen und Motivationen“ (OPD, 2004, S. 21). Die zweite Achse fokussiert sich auf die *Beziehungen*: „[S]owohl die Formulierung des vom Patienten erlebten habituellen Beziehungsverhaltens durch den Untersucher als auch die Mitteilung des Untersuchers, wie er das Beziehungsverhalten des Patienten und seine eigene Reaktion darauf erlebt“ (ibidem, S. 47). Der Akzent der dritten Achsen liegt auf dem *Konflikt*. Hierbei geht es um die inneren Konflikte der Patienten. Diese können den äußerlichen, aktuelleren konfliktbehafteten Umständen gegenübergestellt werden (ibidem, S. 21). Diese Konflikte zu

lösen ist eines der Ziele der Psychotherapie. Die vierte Achse umfasst die *Struktur*. Der Therapeut erhält durch die Schilderungen des Patienten über sein alltägliches Leben und seine Lebensgeschichte, sowie durch Beobachtungen des Patienten während der Therapie, einen Einblick in die Struktur des Patienten. Dieses ‚Material‘ wird dann unter strukturellen Gesichtspunkten untersucht (ibidem, S. 67). Die letzte Achse befasst sich mit psychischen und psychosomatischen Störungen. Mit dieser Achse sollen „die syndromal-deskriptiven Diagnosen nach dem Kapitel V (F) der ICD-10 diagnostisch abgebildet werden“ (OPD, 2004, S. 78). Durch die eben aufgeführten fünf Achsen wird, wenn man sie „im parallel Verständnis verschiedener Aspekte der Psyche und Lebensumstände [betrachtet,] ein ganzheitliches Gesamtbild der Lebensumstände des Patienten ermöglicht“ (Mack et al., 2016, S. 19).

3.2. DAS KORPUS

Die Analyse in der vorliegenden Masterarbeit ist qualitativ und nicht quantitativ angelegt, daher werden nur fünf psychotherapeutische Gesprächsausschnitte⁶ beispielhaft untersucht, jedoch wurden 26 LoF- Gesprächssequenzen aufgeführt und in verschiedene Kategorien eingeteilt. Die 21, in dieser Arbeit nicht dargestellten, LoF-Ausschnitte, werden zwar namentlich für interne Aufschriebe genannt, aber nicht intensiv eigens behandelt. In den sechs illustrierten Beispielen sind die vier Therapeuten, sowie die vier Patienten jeweils verschieden. Die Gespräche wurden im Rahmen zweier Studien zur Wirksamkeit stationärer und teilstationärer Psychotherapie bei Menschen mit depressiven Erkrankungen an der „Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik Heidelberg“ aufgenommen. Die Gesamtdauer der fünf Gespräche beträgt 4:56:56h. Die analysierten Gesprächsausschnitte dauern aber häufig nicht länger als zwei bis vier Minuten; Vorlauf inkludiert. Bei den Gesprächen wurde sich nach den Richtlinien von OPD-2 gerichtet, es sind psychotherapeutische Diagnostikgespräche und sie wurden aufgrund des obengenannten Forschungszwecks geführt. Die Interagierenden treffen speziell für diese Studien aufeinander, um die Therapiegespräche zu führen. Beide Parteien wurden im Vorfeld auf Grundlage ethisch-rechtlicher Vorgaben über allgemeine Hintergründe der Forschungsinteressen, die Aufnahmesituation und die Bedingungen zur späteren Verwendung der Gesprächsaufzeichnung in Kenntnis gesetzt.

Die für diese Arbeit relevanten Gespräche sind die folgenden: T1_4, T2_2, T3_1 und T4_2. Es kann vorkommen, dass die Beispielausschnitte aus den Transkripten unterschiedlich

⁶ Zwei dieser Gesprächsausschnitte stammen aus dem selben Gespräch (3_1), aber zu unterschiedlichen Zeitpunkten; d.h. es wurden zwei verschiedene Ausschnitte analysiert.

lang sind. Dies hat den Grund, dass bei manchen Gesprächen der Vorlauf oder Nachlauf größere Relevanz besitzt und daher auch nennenswert ist. Unter dieser Berücksichtigung, wird dennoch versucht darauf zu achten, ein ausgeglichenes Verhältnis bzw. Betrachtung der fünf Gespräche sicher zu stellen. Kurzcharakteristik zu den einzelnen Gesprächen im Folgenden:

T1_4: Ein junger, männlicher und schwuler Patient (26J.) „aus dem Osten“. Er hat wechselnde Stimmungen und mit teilweise psychischer Aggression. Der Patient erlebte Gewalterfahrung durch den Schwager und sagt von sich aus er habe „keine Mutter“, nur „eine Frau die mich geboren hat“. Er besitzt eine hohe Leistungsbereitschaft und sucht nach Anerkennung,

T2_2: Die Patientin ist 47 Jahre alt, geschieden und hat 3 Kinder. Sie tritt mit einer „Schutz“-Jacke, die sie anbehält, auf. Sie wurde von ihrem (stalkenden) Lebensgefährten bedroht und lebte zeitweise im Frauenhaus. Es kam zu diversen richterlichen Entscheidungen. Der Therapeut agiert sehr vorsichtig aufgrund der schwierigen Lebensverhältnisse (wird auch am Ende kommuniziert).

T3_1: Der Patient in diesem Gespräch ist erst 21 Jahre alt und bei ihm wurde auf Symptomebene eine Majore-Depression, eine generalisierte Angststörung und eine selbstunsichere-depressive Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Er hat außerdem Morbus Bechterew, wie seine Mutter, und hat deswegen auch (berufliche) Zukunftsängste. Der Patient spricht relativ flach und mit ziemlich unbewegter Mimik. Die Gestik wird im Laufe der Zeit etwas stärker (Einschätzung nur bis 30 Min.). Seine Antworten sind eher knapp und er hält wenig Blickkontakt.

T4_2: Junger, männlicher Patient (ca 20-25 Jahre), der über Antriebslosigkeit klagt und eine Ausbildung in der Ergotherapie begonnen, dann aber wieder wegen zu viel Theorie abgebrochen hat. Er verlor seine Zwillingsschwester im Mutterleib, ist politisch links engagiert, hat das Gefühl von Kontrollverlust in Diskussionen mit anderen und erlebt häufig das Gefühl von Sinnlosigkeit.

Die Gespräche waren einmalig arrangiert und es ist nicht vorgesehen, dass weitere Gespräche in dieser Konstellation der Interagierenden folgen werden. Welche Auswirkungen dies auf die linguistische Analyse haben könnte, wird hier in zwei Punkten aufgeführt. Punkt eins, da die Teilnehmer, sowohl Therapeut als auch Patient über die Beobachtungs- und Aufnahmesituation wissen, könnten Bedenken gegenüber der Authentizität des Datenmaterials aufkommen. Die beiden könnten sich anders verhalten als in einer nicht beobachteten Therapie,

weil sie wissen, dass sie unter Beobachtung ‚stehen‘⁷. Dieses Bedenken wird aber dadurch abgeschwächt, dass die Interagierenden nicht darüber informiert waren, dass die Gespräche für die linguistische Forschung geführt wurden. Sie wussten also nicht, worauf im Speziellen geachtet wird und konnten daher keinen Einfluss auf ihr sprachliches Verhalten nehmen, was vorteilhaft für die Authentizität ist. Daher gibt es keinen Grund für die Annahme, wieso sich die Interagierenden anders verhalten, als sie es in einer ‚unbeobachteten‘ Therapie täten. Man kann also von einem authentischen Sprachverhalten der beiden Parteien ausgehen. Der zweite Punkt beinhaltet das Verhalten der Therapeuten. Diese handeln in dem Bewusstsein, dass das Therapiesgespräch mit diesem Patienten ein Einzelfall bleiben wird. Dies bedeutet, dass sie vorsichtig agieren müssen, da sie keinen weiteren Einfluss auf die Entwicklung des Patienten haben und sich auch nicht sicher sein können, welche Nachwirkungen oder Folgen das psychotherapeutische Gespräch für den Patienten mit sich bringt. Sie wissen nicht, ob dieser die Behandlung fortführen wird und eventuelle Folgen abgefangen werden, da keine Möglichkeit zur Nachbearbeitung der Therapieereignisse besteht.

⁷ Vergleiche auch hierzu „Beobachterparadoxon“ (Binker & Sager, 2010, S. 31f.; Deppermann, 1999, S. 24f.)

4. METHODIK

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Herangehensweise in dieser Masterarbeit. Zunächst wird eine grundlegende Einführung in die Konversationsanalyse gegeben, gefolgt von der methodischen Vorgehensweise (Deppermann, 2008; Pomerantz & Heritage, 2013; MacMartin, 2008).

4.1. KONVERSATIONSANALYSE

Diese Masterarbeit versteht sich als konversationsanalytisch, daher werden im folgenden Teil die Implikaturen dieser methodischen Einordnung konkretisiert. Das Ziel der Konversationsanalyse⁸ ist „dialogisches sprachliches Handeln in sozialen Situationen systematisch zu beschreiben und zu erklären“ (Brinker & Sager 2010, S. 9). Diese Aussage verdeutlicht, dass es sich bei der Konversationsanalyse um die Analyse von Dialogen handelt, das heißt eine sprachliche Interaktion zweier Personen. Brinker und Sager definieren das Gespräch nach Franck (1980) und Dittmann (1979) wie folgt: „Ein Gespräch liegt also dann vor, wenn zumindest zwei Personen sprachlich miteinander kommunizieren und wenigstens einmal einen Sprecherwechsel vollziehen, wobei ‚reine‘ Hörsignale (wie *hm*, *ja*, *nicht* usw.) nicht als Sprechwechsel zu werten sind“ (2010, S. 13). Eine Unterscheidung zur Textanalyse wird hier deutlich, denn diese befasst sich „primär mit dem schriftlich konstituierten, monologischen Text“ (Binker & Sager, 2010, S. 9). Die Konversationsanalyse ist also die „wissenschaftliche Analyse von natürlichen Gesprächen“⁹ (Dittmann, 2011, S. 1).

Harvey Sacks, Emanuel A. Schegloff und Gail Jefferson entwickelten in den späten 60er und Anfang der 70er Jahre die sogenannte „conversation analysis“. Brinker und Sager (2010) erklären, dass es sich hierbei nicht nur um das Analysieren von „sprachlichen Einheiten und Strukturen“ (S. 17) handelt, sondern, dass „es [...] primär um den Versuch einer Rekonstruktion der in Gesprächen ablaufenden Prozesse der Bedeutungszuschreibung und Interpretationen“ (ibidem.) geht. Durch eben diese Rekonstruktion, Bedeutungszuschreibung und Interpretation von psychotherapeutischen Gesprächen wird in dieser Arbeit versucht zu eruieren und zu illustrieren, welche Praktiken des Widerstands in den Beispielen vorhanden sind, welche Relevanz sie besitzen und was für Auswirkungen sie auf den weiteren Verlauf des Gesprächs haben.

⁸ Dieser Begriff wurde in Anlehnung an die Englische *conversation analysis* eingeführt. Im Deutschen gibt es den Terminus Gesprächsanalyse, dieser wird in der vorliegenden Arbeit allerdings nicht verwendet. Des Weiteren wird die Methode nicht detailliert in diesem Kapitel elaboriert, hierfür siehe Clift (2016), die einen ausführlichen Überblick über *Conversation Analysis* bietet.

⁹ In Kapitel 3.2. wurde bereits erläutert, dass es sich bei den hier analysierten Beispielen, zwar um für Forschungszwecke geführte Gespräche handelt, aber ihre Authentizität dennoch vorhanden ist.

Heritage and Maynard (2007) argumentieren, ähnlich wie Brinker und Sager: „Conversation analysis represents the attempt to describe and analyze a host of ordinary activities – informing describing, criticizing, insulting, complaining giving advice, requesting, apologizing, joking, greeting, and many more” (S. 10). Des Weiteren stellen sie fest: „there are no aspects of interaction that are disorderly or insignificant ‚noise‘. This implies an interest not just in what participants say but also in silence, in overlapping talk, in sound stretches, breathings, and so on” (ibidem., S. 11). Daher ist es von großer Relevanz die analysierten Beispiele sehr genau zu untersuchen und auf jede Kleinigkeit zu achten. Im Konversationsanalyse-Konzept ist außerdem verankert, „to develop claims about systematic structural organization in interaction. However, such claims can only be supported by substantial accumulations of instances of a practice, each instance of which the investigator examines as an individual ‘case’” (ibidem., S. 12). Das heißt, die Konversationsanalyse stellt Behauptungen über die strukturelle und systematische Organisation einer Interaktion auf. Diese Behauptungen müssen aber durch fundierte praktische Belege bewiesen und begründet werden und dafür muss jeder dieser Belege einzeln geprüft und analysiert worden sein. Daher muss jede Behauptung an genügend Einzelfallanalysen aufgezeigt werden, damit sie als fundiert angesehen werden kann. Mecheril (1992), welcher auch psychotherapeutische Gespräche konversationsanalytische untersuchte, hielt ebenfalls fest:

Linguistisch-kommunikativ bzw. gesprächsanalytisch orientierte Untersuchungen von Psychotherapiegesprächen zielen in erster Linie auf die Aufdeckung von Techniken und Strategien, die die Gesprächsteilnehmerinnen einsetzen, um Gespräche gemäß bestimmter Absichten zu organisieren. Da es sich bei Gesprächen um intersubjektive Kommunikationssituationen handelt, besteht die Aufgabe der Gesprächsteilnehmerinnen in einer gemeinsamen Koordinierung der Gesprächsführung. Die Koordinierung erfordert Aushandlungs- und Problemlösungsprozesse, deren Untersuchung ein zentrales Anliegen gesprächsanalytischer Untersuchungen ist. (S. 24)

Somit wird auch in dieser Arbeit jedes Beispiel individuell betrachtet, analysiert und einschlägige Beobachtungen exemplifiziert. Erwähnenswert sind noch zwei weitere Aspekte der Konversationsanalyse. Zum einen, dass nicht nur einzelne Turns¹⁰ (dt. Gesprächsschritt)

¹⁰ „‘Turn‘ gilt allgemein als Grundeinheit des Dialogs. Goffmann definiert ihn als ‚alles das, was ein Individuum tut und sagt, während es an der Reihe ist‘“ (Brinker & Sager, 2010, S. 58).

relevant für die Analyse von Gesprächsausschnitten sind, sondern auch Sequenzen¹¹. Dies sind Handlungen, die paarweise auftreten (siehe Binker & Sager, 2010, S. 78). Zum anderen, dass man beim Analysieren immer beachten muss, was im nächsten Turn passiert¹².

Hinzukommend wird versucht allgemeine Ordnungsmuster und Strukturen von Widerstand in den Gesprächsbeispielen herauszuarbeiten. Während der Analyse wird das Gespräch rekonstruiert und aufgezeigt an welchen Stellen und wodurch (Ursachen) Widerstand entsteht, wie dieser sprachlich aussieht und welche Folgen dadurch für die weitere Interaktion abzusehen sind.

4.2. METHODISCHE VORGEHENSWEISE

Im oberen Abschnitt wurde bereits mehrfach angeschnitten worauf in der Analyse (Kapitel 5) geachtet werden muss und die konversationsanalytische Vorgehensweise wurde dargelegt. Diese soll im Folgenden noch konkretisiert und spezialisiert werden. Zum einen wird Deppermann (2008) eine weitere Grundlage für das Analysieren der Beispiele bieten. Zum anderen eine Sequenzorganisation, welche in einer Forschungsgruppe von Prof. Spranz-Fogasy am IDS entworfen wurde und die auf einem Artikel von MacMartin (2008) basiert, der daher in Abschnitt 4.2.3. konkretisiert wird. Schließlich wird noch der Artikel von Pomerantz und Heritage (2013) aufgenommen, da in diesem das konversationsanalytische Konzept der präferierten und dispräferierten Antworten erläutert wird, welches für die späteren Analysen von Widerstand relevant ist.

4.2.1. RELEVANTE ANALYSEPUNKT

Deppermann (2008) bietet einen guten Überblick bzw. Ergänzung zur konversationsanalytischen Methode. Die folgenden aufgeführten Analysepunkte werden in Kapitel 6.2 (S. 53 – 78) seines Buches behandelt. Sie sind als Fragen am Ende des jeweiligen Kapitelabschnitts von ihm zusammengefasst. Die für diese Arbeit relevanten Fragen werden im Folgenden skizziert. Sie bieten eine Struktur für die Analyse, an der sich orientiert wird:

1. Fragen zur Paraphrasierung und Handlungsbeschreibung (S. 56)
 - a. Worum geht es in der Gesprächspassage?

¹¹ Die „sequenzielle Natur“ von Sprechakten wird betont, weil „Äußerungen als Realisierung von Sprechakten [...] im Interaktionszusammenhang [erfolgen]“ (Dittmann, 2011, S. 52) und man daher immer die ganze Sequenz betrachten muss, um fundierte Aussagen über die Aktionen, Handlungen etc. treffen zu können.

¹² Mehr dazu in Abschnitt 4.2.1. (Deppermann, 2008).

- b. Worauf beziehen sich die einzelnen Ausdrücke? Über welche Ereignisse, Personen, Sachverhalte, Zeiten, Orte etc. wird gesprochen?
 - c. Wozu dienen die Äußerungen der Gesprächsteilnehmer? Welche Art von sprachlicher Handlung wird vollzogen? Mit welchen Aufgaben oder Anforderungen befassen sich die Interaktanten?
2. Fragen zur linguistischen Beschreibung (S. 60)
- a. Welche linguistischen Merkmale kennzeichnen die Äußerungen? Welche Merkmale und Formen sind besonders auffällig?
 - b. Wie verhalten sich die Merkmale zueinander? Ergänzen, unterstützen, widersprechen, verdeutlichen sie einander?
 - c. Zu diesen beiden Fragen gehören jeweils die Punkte:
 - i. Wann und bei welchen Äußerungsinhalten und Handlungen die Merkmale auftreten und was sie zu ihrer Bestimmung beitragen,
 - ii. Welche Bedeutung sie für Beziehungsgestaltung, Selbstdarstellung, Bewertung von Handlungen und Aussagen, die emotionale Beteiligung und die Verteilung der Rederechte haben können.
3. Fragen zur Formulierungsdynamik (S. 60)
- a. Aus welchen Beitragskonstruktionseinheiten besteht die Äußerung?
 - b. In welche Teile wird der Beitrag durch sie gegliedert? Gibt es eine systematische Eröffnung und einen systematischen Abschluss?
 - c. Ist der Beitrag durch Stockungen, Wiederholungen, Formulierungsprobleme, Selbst-Korrekturen, o.ä. gekennzeichnet?
4. Fragen zum Timing von Aktivitäten (S. 62)
- a. Wer spricht wann? Wer folgt auf wen?
 - b. Wann entsteht Schweigen, wie wird es aufgelöst und interpretiert?
5. Fragen zur Kontextanalyse (S. 67)
- a. Welche Kohärenzverhältnisse bestehen zwischen Äußerungen? Wodurch werden sie hergestellt? Werden sie explizit gemacht oder nur angedeutet, insinuiert, offen gelassen etc.?
 - b. Was wird als relevanter Kontext aufgerufen?
 - c. Was geht der fokalen Äußerung bzw. Sequenz voran? Wer spricht vorher?
6. Fragen zu Folgeerwartungen (S. 70)
- a. Schafft sie eine spezifische konditionelle Relevanz? Erlegt sie dem nächsten Sprecher Handlungszwänge auf?

- b. Welcher Art sind die präferierten und die dispräferierten Anschlüsse¹³?
 - c. (Wie) zeigt der Folgesprecher an, dass er sich durch die vorangegangene Äußerung vor bestimmte Erwartungen an seinen Beitrag gestellt sieht?
7. Fragen zu interaktiven Konsequenzen (S. 74)
- a. Vereindeutigen spätere Beitrags Elemente die Interpretation früherer? Führen sie zu Modifikationen, Korrekturen und Klärungen?
 - b. Wie reagieren folgende Sprecher auf vorangegangene Beiträge? Geben sie zu erkennen, wie sie den Vorgängerbeitrag interpretieren, und wenn ja, welcher Art ist die Interpretation?
 - c. Wann kommt es zu Rückbezügen und Neuinterpretationen? Wie sind sie motiviert? Wird explizit auf frühere Aushandlungen Bezug genommen?
8. Fragen zu Sequenzmustern (S. 78)
- a. Wann beginnt, wann endet ein Aktivitätskomplex? (Wie) werden die Grenzen zu vorangehenden und folgenden Aktivitäten markiert?

Im Folgenden sollen drei der eben aufgeführten Punkte beispielhaft demonstriert werden, wodurch verdeutlicht wird, was mit diesen gemeint ist und wie sie in einer Analyse umgesetzt werden.

Beispiel 1: *gut streiten* (T3_2 (4); Datei 1, 56:15 Min.)

- 1 T: hätten sie des vorstellen können (.) wie des (.) so
- 2 aussehen könnte oder wie sie_s gerne hätten
- 3 (0.95)
- 4 P: mh_mh
- 5 (0.31)
- 6 P: wüsst ich gar nich
- 7 T: (.) hm_hm
- 8 P: (.) ja
- 9 (0.6)
- 10 T: und wenn sie n bisschen fantasieren würden
- 11 (2.15)
- 12 P: äh gut streiten
- 13 (0.25)
- 14 T: hm_hm
- 15 (2.24)

¹³ Konkretes im Abschnitt 4.2.3.

Zum ersten Punkt *Paraphrasieren und Handlungsbeschreibung* kann hier gesagt werden, dass in der Sequenz zuvor das Thema „sich gut streiten können“ behandelt wurde und sich in der Problemdarstellung herausstellte, dass dies für den Patienten ein problematischer Sachverhalt ist. Somit wird in LoF (Z. 1 + 2) genau diese Thematik aufgenommen, um sie weiter zu erörtern, sowie dafür eine Lösung zu finden. Der Therapeut nimmt in der LoF den Ausdruck ‚sich gut streiten‘ nicht auf, obwohl dieser im Vorlauf gefallen ist, allerdings wird er in Zeile 12 vom Patienten wiederholt. Das heißt, einzelne Ausdrücke werden im Verlauf des Gesprächs immer wieder aufgenommen und es entsteht ein Rückbezug zu dem Problem. Die Handlungsaufgabe wird vom Therapeuten initiiert und fordert den Patienten auf ihm zu elaborieren, wie dieser sich ‚gutes streiten‘ vorstellt. Wie in diesem Beispiel gut erkennbar, ist die *Formulierungsdynamik* stockend und zögerlich, da sie immer wieder durch kurze Pausen (Z. 3 + 5 + 9 + 13), Verzögerungssignale *mh_mh* (Z. 4), sowie Formulierungsschwierigkeiten *äh* (Z. 12) gerahmt und gekennzeichnet ist. Signifikant ist die 2.15-sekündige Pause nach der Reformulierung der LoF (Z. 10), sowie die 2.24-sekündige Pause nach dem quittierenden *hm_hm* (Z. 14) des Therapeuten. Das Schweigen (4.b.) kann als Indikator für Widerstand interpretiert werden und wurde durch die gestellte Frage (Z. 1 + 2, 10) ausgelöst. Der Patient hat Probleme seine Gedanken zu verbalisieren und benötigt längere Denkpausen, wodurch Verzögerungen im Gespräch entstehen. Durch die in Zeile 1 und 2 gestellte Frage, hat der Therapeut eine *Folgeerwartung* (6.) und legt dem damit Patienten einen Handlungszwang auf. Dieser erfüllt die normativen Erwartungen des Therapeuten allerdings nicht, da er in Zeile 6 eine dispräferierte Antwort *wüsst ich gar nich* gibt, woraufhin der Therapeut in Handlungszwang kommt und daher in Zeile 10 eine Reformulierung der LoF einleitet.

Dieser kurze Abschnitt illustrierte wie die Analysepunkte von Deppermann in dem später folgenden Analysekapitel (5.) realisiert werden. Allerdings werden die einzelnen Punkte nicht ausdrücklich in der Analyse genannt, wie es in dem zuvor gezeigten Beispiel der Fall war.

4.2.2. SEQUENZORGANISATION

Wie bereits zuvor erwähnt, handelt es sich bei dem folgenden Modell, um eine Sequenzorganisation, die von Susa Kabatnik¹⁴ in einer Forschungsgruppe des IDS unter der Leitung von Prof. Spranz-Fogasy entwickelt wurde. Diese wurde, wie bereits vorhin erwähnt,

¹⁴ Doktorandin bei Prof. Spranz-Fogasy. Der vollständige Artikel zu diesem Thema ist in Vorbereitung; der Titel wird im Literaturverzeichnis vermerkt.

in Anlehnung an MacMartin (2008) erstellt. Es schließt an, an das in Kapitel 2.1. aufgezeigte Stufenmodell der LoFs.

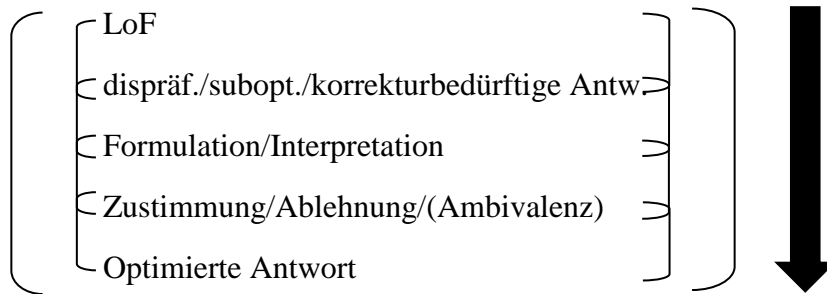


Schaubild 2: Sequenzorganisation der LoF Antworten

Wenn wir uns zurückerinnern, hört das Stufenmodell (siehe Schaubild 1, Abschnitt 2.1.) bei dem Punkt „Lösungsorientiert“ auf. Darauf folgt die Sequenzorganisation, die hier abgebildet ist. Die vom Therapeuten gestellte LoF schließt direkt an diese Lösungsorientierung an. Auf die LoF folgend, antwortet der Patient, entweder mit einer dispräferierten, suboptimalen oder korrekturbedürftige Aussage.¹⁵ Darauf kann eine Formulation oder Interpretation vom Therapeuten bezüglich der vorherigen Äußerung des Patienten folgen, woraufhin der Patient die Möglichkeit hat dieser zu zustimmen oder sie abzulehnen. Idealerweise kommt es schließlich zu einer optimierten Antwort des Patienten auf die vom Therapeuten gestellten LoF. Die in der LoF gestellte Aufgabe (Bearbeitungsauftrag) wird in der optimierten Antwort angenommen und ausgeführt. Somit kann gesagt werden, dass eine „optimierte Antwort“ das zu erreichende Ziel der LoF ist. Was man unter dieser versteht, wird im nächsten Abschnitt (4.2.3.) erörtert.

Anhand dieser Sequenzorganisation werden die in Kapitel 5 untersuchten Gesprächsbeispiele eingeteilt und analysiert. Allerdings wird nicht jedes Mal explizit die Einteilung in die Sequenzorganisation aufgezeigt. Die Phasen werden aber in den entsprechenden Analyseschritten erwähnt. Es ist nicht ausgeschlossen, dass sich zwischen den fünf Schritten der Organisation noch weitere Einschübe (Auffälligkeiten) manifestieren, die dementsprechend dann in der Analyse aufgezeigt und elaboriert werden. Außerdem kann es vorkommen, dass Phasen ausgelassen oder wiederholt werden. Das heißt, das Model kann ‚in einer Schleife laufen‘.

¹⁵ Mehr dazu in Abschnitt 4.2.3.

4.2.3. DAS KONVERSATIONSANALYTISCHE KONZEPT DER PRÄFERENZ

Anschließend an die eben vorgestellte Sequenzorganisation, halte ich es für relevant Näheres zu dem Schritt ‚optimierte Antwort‘ zu referieren. Generell zu diesem Thema kann festgehalten werden, dass grundsätzlich eine präferierte Antwort auf Fragen erwartet wird: „questions ordinarily designed so as to permit recipient confirmation“ (Pomerantz & Heritage, 2013, S. 214). Diese präferierte Antwort kann ein Einverständnis, eine Zustimmung oder Einwilligung sein. Sie ist authentisch, enthusiastisch und wird meist ohne Verzögerung und mit eindeutig verstärkenden Komponenten ausgeführt (ibidem.). Erhält der Fragende hingegen eine dispräferierte Antwort in Form von Uneinigkeiten, Widerrufungen, oder Ablehnungen (ibidem. S. 215), so erfüllt diese nicht seine Erwartungen, aber „recipients generally work to find way of avoiding disconfirming responses and to built them with as many elements of confirmation as possible“¹⁶ (S. 214). Kommt es dennoch zu dispräferierten Antworten, sind diese häufig schnell erkennbar, da sie mit Verzögerungen, Milderungen, Vorreden und abgeschwächten Komponenten ausgeführt werden (S. 215). In dem Fall dieser Arbeit, werden diese dispräferierten Antworten als linguistischer Widerstand angesehen. Auch MacMartin¹⁷ (2008) stellte in ihren Untersuchungen diese nicht präferierten Antworten „[d]isaffiliative responses“ or „misaligned responses“ (S. 85) fest. Dies sind Antworten, die vom Therapeuten als inadäquate Reaktion auf seine Fragen angesehen werden (ibidem.). Eine ‚optimierte Antwort‘ wird gegeben, wenn der Patient zunächst Widerstand geleistet hat, der Therapeut nachhakt, zum Beispiel durch eine Interpretation und der Patient daraufhin seine Antwort optimiert, sodass diese als ausreichend bzw. präferiert angesehen werden.

In ihrem Artikel erwähnen Pomerantz und Heritage (2013) mehrere *preference principles*, diese implizieren unterschiedliche „Richtlinien“, wonach sich der Adressat richten soll. Eines dieser Prinzipien, welches Stivers und Robinso (2006)¹⁸ erforschten, besagt: „Given the prior request for information, the response should satisfy the request by providing the requested information“ (S. 222). Weiter heißt es, dass dieses Prinzip nicht zutreffend befolgt wurde, “when the next selected speaker claims an inability to provide the requested information, and (...) when the selected next speaker vocally displays difficulty in providing the requested information” (ibidem). Anzunehmen ist also, dass dieses Prinzip nicht eingehalten werden kann, wenn eine dispräferierte Antwort vom Patienten kommuniziert wird.

¹⁶ Vergleiche hierzu auch Raymond (2003).

¹⁷ Weiteres hierzu auf den nächsten Seiten.

¹⁸ Mehr dazu in Stivers & Robinson (2006).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass wenn eine Antwort mit Verzögerung und nicht deutlichen Ausdrücken ausgesprochen wird, es sich meistens um eine „disconfirming response“ handelt, somit keine präferierte oder optimierte Antwort ist und man mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgehen kann, dass der Patient in solchen Moment widerständig handelt.

Wie bereits im letzten Abschnitt (4.2.2.) erwähnt, ist die Sequenzorganisation in Anlehnung an den Artikel von MacMartin (2008) erstellt worden, daher werden an dieser Stelle einmal die für diese Arbeit relevante Ergebnisse ihrer Forschung eingeschoben. Eine Definition zu der *misaligned-responses* wurde bereits auf der vorherigen Seite gegeben. Diese Antworten unterteilt sie nochmal in zwei Kategorien: „answer-like responses (those that appeared, at least in some sense, to align with optimistic questions) and non-answer responses (those whose misalignment was displayed in the form of clients’ unwillingness or inability to answer)” (S. 85). Sie fügt hinzu, dass die “answer-like responses superficially seemed to affiliate with therapists’ questions but were nonetheless treated as problematic by therapists in subsequent turns” (ibidem.). Diese Antworten ähneln an der Oberfläche also einer präferierten Antwort, aber weisen ‚störende‘ Merkmale bezüglich Relevanz und Bedeutung auf die eben gestellten Fragen auf (S. 86), sodass sie nicht als präferierte Antwort vom Therapeuten angesehen wird. MacMartin teilt answer-like misaligned responses noch in drei weitere Unterkategorien auf: “optimism downgraders, refocusing and joking or sarcastic responses” (ibidem.). Die *optimism downgraders* stufen den präsupponierten optimistischen bzw. in diesem Falle den lösungsorientierten Inhalt der Frage runter oder weichen von diesem ab (ibidem.). Zu den *refocusing responses* sagt Mac Martin, dass diese meistens auftreten, wenn die Frage (optimistic question) die Stärken, das Können und die Aktionen der Patienten betrifft. Da diese Fragen oftmals Elemente enthalten, die eine gewisse Unbestimmtheit besitzen oder vielseitig auslegbar sind, ermöglicht dies den Patienten den Fokus der Frage zu ändern, entweder auf andere Faktoren oder sogar andere Personen. Die letzte Unterkategorie *joking and sarcastic responses* definiert MacMartin als ironisierte Antworten, die die Affiliation mit der optimistischen Präsupposition der Fragen untergraben und abschwächen (2010, S. 88). Weiter sagt sie, dass wiederum andere *joking responses* offenkundig der optimistischen Präsupposition widerstehen, aber auf eine Art, sodass es so erscheint, als würden sie oberflächlich auf die Anforderungen und Bedingungen der Frage eingehen (ibidem.). Diese Ergebnisse der Forschung von MacMartin sind von Relevanz, da in der Analyse dieser Arbeit die eben beschriebenen Termini, wie *answer-like response*, *non-answer response*, *refocusing* und *optimism downgraders*, verwendet werden.

Abschließend zu diesem Kapitel kann festgehalten werden: Das Ziel der Analyse ist die Aufdeckung der widerständigen Handlungen im Zusammenhang mit Lösungsorientierten Fragen. Basierend auf den beschriebenen Grundelementen der Konversationsanalyse und der methodischen Vorgehensweise wird die folgende Analyse durchgeführt.

5. Die Analyse

Auf den folgenden Seiten werden fünf Gesprächsbeispiele aus psychotherapeutischen Gesprächen analysiert. Die einschlägigen Ausschnitte werden sequenziell nachvollzogen¹⁹, um wiederkehrende, aber auch unterschiedliche charakteristische Merkmale, Muster und Praktiken des Widerstands zu identifizieren.

Die folgenden Gesprächsausschnitte²⁰ werden illustrieren, was untersucht wurde. Aus dem Korpus von insgesamt 15 Gesprächen mit fünf verschiedenen Therapeuten wurden 26 Gesprächsausschnitten isoliert, also 26 LoFs. Bei der Untersuchung der 26 LoF-Ausschnitte stellte sich heraus, dass diese in einem Dreieck angeordnet werden können. Es entstanden drei Kategorien²¹:

1 Erfolgreich bearbeitete LoF
(Widerstand + optimierte Antwort)

2 Nicht erfolgreich bearbeitete LoF
(durchgehender Widerstand)

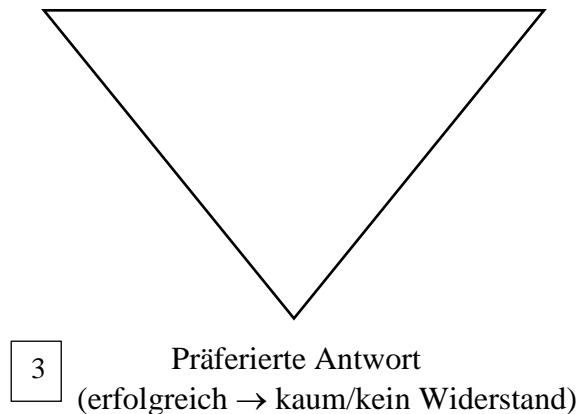


Schaubild 3: Schematische Kategorien der LoFs

Aus diesen 26 wurden fünf repräsentative Beispiele rausgesucht. Diese skizzieren, was für Merkmale die LoF-Ausschnitte in der jeweiligen Kategorie besitzen und warum sie in dieser einzuordnen sind. Die Beispiele exemplifizieren somit, inwieweit es zu Widerstand in den Antworten nach LoFs kommt. Als Erstes wird der Gesprächsausschnitt T3_1 (2) genauer analysiert, weil dieser am gängigsten ist. In diesem ist zunächst Widerstand erkennbar; es kommt zu einer dispräferierten Antwort. Mit dem Widerstand wird aber konstruktiv

¹⁹ Hierzu siehe auch Sequenzorganisation (Abschnitt 4.2.2., *Schaubild 2*)

²⁰ Kurze Beschreibung der Gespräche in Kapitel 3.2.

²¹ Im Folgenden werden die Begriffe Kategorie und Gruppe kongruent verwendet.

umgegangen, sodass schließlich der Therapeut eine optimierte Antwort vom Patienten erhält. Dieses Beispiel exemplifiziert also Kategorie 1. Der untersuchte Ausschnitt T1_4 (1) demonstriert, wie ein Patient zunächst eine typ-konforme Antwort gibt, dann aber den Ansatz von Widerstand zeigt, dieser aber sofort vom Therapeuten unterbunden wird. Das heißt, das Beispiel ist in der Kategorie 1 anzuordnen, aber durch das schnelle Intervenieren wird der Widerstand nicht so deutlich ausgeführt wie in Beispiel 2. Als Zweites (Kategorie 2) wird ein Beispiel (Gesprächsausschnitt T3_1 (3)) analysiert, bei dem durchgehender Widerstand ersichtlich wird. Das Ergebnis ist eine unbearbeitete LoF. Das heißt, der Widerstand wird nicht ‚überwunden‘ und es kommt zu keiner präferierten oder optimierten Antwort, sondern es folgt letztlich ein, vom Therapeuten initiiertes, Themenwechsel. Die Kategorie 3 ist nicht einfach zu definieren, aber der untersuchte Gesprächsausschnitt T4_2 (2) demonstriert, wie ein Beispiel in dieser Kategorie aussehen könnte. Die präferierte Antwort kommt zwar nach längeren Pausen, aber ohne deutliche Praktiken des Widerstands.

Die Beispiele werden jeweils zunächst einzeln analysiert, dabei werden aber Parallelen und Unterschiede zu den anderen Beispielen aufgezeigt, wenn diese signifikant waren.

5.1. ERFOLGREICH BEARBEITETE LOF (T3_1 (2))

Die folgende analysierte Sequenz ist ein Beispiel dafür, wie eine erfolgreich bearbeitete LoF aussieht. Beispiel 2 könnte als ‚Musterbeispiel‘²² bezeichnet werden, an welchem am besten verdeutlicht werden kann, wie es zunächst zu einer widerständigen Reaktion des Patienten kommt und wie dieser Widerstand mit Hilfe des Therapeuten überwunden wird, sodass schließlich eine optimierte Antwort entsteht.

Im vorausgehenden Abschnitt des Gesprächs (Vorlauf der LoF, Z. 1 – 37) wird die Problematik des Alleinseins besprochen. Der Patient stellt für sich fest, dass das Leben nur lebenswert ist, wenn er es oder besonders schöne Erlebnisse, mit jemanden teilen kann. Es fällt ihm also schwer seine Freude nur mit sich zu teilen: *ich hab nur_s gefühl dass ich meine freude immer mit jemanden teilen (möchte) also* (Z. 21 + 22). Auf diese Feststellung folgt ein *hmhm* des Therapeuten und sehr lange Pause von über 10 Sekunden (Z. 25), die als passiver, indirekter Widerstand aufgrund ihrer extremen Länge gesehen werden kann und, weil der Patient schon mit *also* zu einer längeren Elaboration ansetzte, die nicht folgt. Der Therapeut übernimmt die

²² Es gibt noch zwölf weitere LoF-Sequenzen, die in diese erste Gruppe eingeordnet werden können (siehe 5.1.1.).

Sprecherrolle und wirft durch eine Interpretation (*interpretative statement*²³) ein, dass dies bedeutet, dass immer eine andere Person da sein müsste bzw. der Patient immer auf jemanden anders angewiesen ist, der in dem Moment dann anwesend ist (Z. 26 + 27). Hier wird das Problem, für welches im Folgenden eine Lösung gefunden werden soll, angesprochen. Die gesprächslokale Aufgabe ist somit in Beispiel 2 der Umgang mit dem Alleinsein. Da der Vorlauf in bei der folgenden Analyse von größerer Bedeutung ist und auf ihn während der Analyse immer wieder referiert wird, ist er hier einmal abgebildet:

Vorlauf zu Beispiel 2²⁴: *Alleinsein* (T3_1 (2); Datei 2, 09:15 Min.)

1 **T** ((schmatzt)) °hh (.) was passiert denn eigentlich wenn sie allein sind
2 (0.97)
3 **P** h°
4 (2.95)
5 **P** hm (.) ich hab immer das gefühl allein is_es leben nicht (.) äh
6 lebenswert un (0.32) wenn ich irgendwas schönes erleb is_es nur halb
7 so schön für mich wenn ich alleine bin wie wenn ich_s mit jemandem
8 teilen kann [°hhh]
9 **T** [hmhm]
10 (1.12)
11 **T** is ganz schön ritterlich (0.26) dass sie (.)((Einatmen, 1.07 Sek.))
12 oder is es (.) ich oder ich hätte mich gefragt ob es auch so ist dass
13 sie_s °h (0.46) dass es auch so_n inneres verbot gibt (.) dass (.)
14 wenn sie (.) alleine sich (0.25) freuen dass (0.28)
15 **P** hmhm
16 (0.38)
17 **T** dass es nich sein darf (0.29) oder seh ich des falsch
18 (0.31)
19 **P** nee des (.) so is_es nich
20 **T** ah so is_es nich
21 **P** ich hab nur_s gefühl dass ich meine freude immer mit jemandem teilen
22 (möchte) also (.) °h
23 (0.53)
24 **T** hmhm
25 (10.75)
26 **T** wodurch sie natürlich immer wieder angewiesen sind darauf dass jemand
27 (.)[auch da] is und
28 **P** [((schmatzt)) (korrekt)]
29 **P** (.) ja

²³ Nach Vehviläinen: „At times, the analyst makes a so-called interpretative statement to show what he or she takes to be the analytic meaning of the client’s talk” (2008, S. 121). Sogenannte *formulations* haben eine ähnliche Funktion, wie Heritage und Watson (1979) entdeckten: „[F]ormulations are utterances in which the current speaker suggests a meaning of what another participant has said in the prior turn or turns” (zitiert nach Voutilainen & Peräkylä (2016, S. 11)). Im Folgenden werden beide Begriffe gebraucht.

²⁴ Die Nummerierung fängt bei eins an, damit deutlich wird, dass es sich um den Vorlauf handelt; also der Teil vor dem analysierten Gesprächsausschnitt. Die Nummerierung ist fortlaufend und somit beginnt z.B. Beispiel 2 mit Zeile 30. Diese Art von Nummerierung wird so auch in den fünf weiteren Beispielen durchgeführt.

30 **T** °h ((schmatzt)) auch ihre freude teilen will und sich genauso drüber
 31 freuen möchte
 32 **P** ((schmatzt)) genau ja
 33 (0.23)
 34 **T** wie sie
 35 (1.47)
 36 **T** (okay)
 37 (2.78)

Letztlich kann noch zum Formattypen dieser bearbeiteten LoF angemerkt werden, dass es sich um eine „Mischform“ handelt. Zum einen dient der Vorlauf zur Kontextualisierung der LoF und zum anderen enthält diese noch zusätzlich eine insistierte oder nachgeschobene Klärung der Rahmenbedingungen (siehe Beispiel 2, Z. 40).

Der folgende Gesprächsausschnitt ist die zu analysierende Sequenz und illustriert, wie eine LoF erfolgreich bearbeitet wird, nachdem der Patient zunächst widerständig reagiert. Betrachtet man nun die LoF (Z. 38 – 40), ist erkennbar, dass sie sehr offen gestellt ist und nicht explizit nur auf das Alleinsein referiert. Dies ist typisch für LoFs, da sie tendenziell einen thematischen Wechsel darstellen:

Beispiel 2: *sich verändern* (T3_1 (2); Datei 2, 10:11 Min.)

38 **T** ((schmatzt)) °h wie hätten sie_s denn gerne (1.21) wenn sie (.)°hh
 39 (0.29) sagen würden (0.85) was (.) was sie an sich verändern könnten
 40 (0.58) ich mein jetzt nich die beschwerden des is klar
 41 **P** hmhm
 42 (1.22)
 43 **T** [(was würden sie gern anders)] (sehen)
 44 **P** [also was ich an mir (verändern/veränder)]
 45 (2.31)
 46 **P** h° (0.49) ähm (0.25) ((schmatzt)) ob ich des jemals verändern kann
 47 dass ich
 48 (2.01)
 49 **P** hm hm ungern alleine bin des weiß ich nich °h
 50 **T** hmhm
 51 (0.54)
 52 **P** ich weiß auch nich ob ich_s (überhaupt) also also ob ich_s ändern will
 53 weil (0.21) äh ich genieß des ja (wenn) ich (1.09) leuten die mir
 54 wichtig sin irgend(w) (.) irgendwas zu unternehmen oder
 55 **T** hmhm
 56 **P** °hh (.) dass die bei mir sin oder
 57 (1.77)
 58 **P** °hh
 59 **T** ((schnalzt)) aber sie laufen ja schon gefahr °h (0.37) ähm (0.72) sich
 60 immer wieder von andern abhängig zu machen dadur[ch]
 61 **P** [ja] (.) auf jeden
 62 **T** [dass]

63 P [fall] (0.25) °h
64 T jemand da sein muss wie so ne infusion °h
65 P hmhm
66 (0.41)
67 T un_wenn die abgenommen wird dann ham sie angst dass (.) dass es
68 schlimm wird
69 P (.) ja (0.32) ((schmatzt)) °h (0.2) ja des stimmt also ich erhoff mir
70 schon dass ich irgendwo halt auch selbstständig sein kann dass ich
71 (0.8) un_eigenständig (0.21) un ohne ängste un ohne heimweh äh ne
72 [nn ich_s jetzt] mal °h
73 T [(hmhm)]
74 (.) irgendwo hingehn kann meine (.) eigenen ziele verfolgen [oder] so
75 T [hmhm]
76 T (.) ((schmatzt)) wie leben sie denn grade eigentlich

Durch den in Zeile 38 – 40 expliziten Appell der LoF wird der Patient aufgefordert sich eine Veränderung konkret vorzustellen. Aufgabenstellungen an den Gegenüber werden oftmals durch die Formulierung „wenn... dann“ verdeutlicht, in diesem Fall beginnt der Therapeut mit einer solchen Formulierung *wenn* (Z. 38), aber es folgt kein dann. Dennoch ist die Aufgabenstellung für den Patienten erkennbar. Der Bezugspunkt der LoF ist in diesem Falle ein Veränderungswunsch, welcher durch das Verb *verändern* (Z. 39) vom Therapeuten initiiert wird. Dass es sich dabei um einen Wunsch handelt, zeigen die drei Konjunktive *hätte* (Z. 38), *würden* (Z. 39), *könnten* (Z. 39), außerdem wird dadurch eine zukunftsorientierte Lösung impliziert. Die Formulierungsdynamik der LoF ist stockend, es kommt immer wieder zu kleinen Pausen von meistens unter einer Sekunde und somit ist die Formulierung der Frage nicht durchgehend flüssig. Durch den Nachsatz *ich mein jetzt nich die beschwerden des is klar* (Z. 40), ergänzt der Therapeut, dass sich an den Beschwerden, der Krankheit des Patienten, die dieser vorher ins Gespräch eingebracht hatte (nicht ersichtlich im Transkript), nichts ändern lässt und diese daher von dem Veränderungswunsch ausgeschlossen sind. Dass er eigentlich präsupponiert, dass der Patient dies weiß, wird durch das *des is klar* deutlich. Er setzt mit diesem Nachsatz eine Rahmenbedingung für den Patienten. Bei dieser Frage handelt um eine LoF. Dies ist daran erkennbar, weil eine indirekte Aufgabe gestellt wurde, sie zukunftsorientiert ist und auch spekulativ, da der Therapeut annimmt, dass sich der Patient ändern will. Außerdem wurde ein zuvor behandeltes Problem (das Alleinsein und die Abhängigkeit von anderen, siehe Vorlauf) implizit aufgenommen. Die Funktion der LoF ist die Überprüfung des Bewusstseins und die Testung des Umgangs mit Veränderungen.

Die Antwort des Patienten in Zeile 41 *hmhm* kann als Bestätigungs- und Verständnissignal an den Nachsatz des Therapeuten (Z. 40) gesehen werden. Er ratifiziert

damit, dass er verstanden hat, dass die Veränderung der Beschwerden nicht mit in dem Veränderungswunsch mitinbegriffen sind. Es folgt eine Pause von 1,22 Sekunden, die nicht gefüllte ist und als Denk- und Formulierungspause angesehen werden kann. Nach dieser Pause kommt es zu einer Überlappung der zwei Sprecher (Z. 43 + 44). Der Therapeut schiebt noch eine W-Frage nach *was würden sie gern anders sehen* (Z. 43), die dazu dem Patienten noch einen Anstoß zu geben, eine Antwort zu formulieren. Der Patient setzt ebenfalls zu einer Antwort an *also was ich an mir (verändern/veränder)* (Z. 44). Hier kann das *also* als Eingangssignal²⁵ einer Elaboration²⁶, sowie auch konsekutiv²⁷ gesehen werden, welches anzeigt, dass der Patient antworten wird. Die Antwort (Z. 44) selbst kann als Verzögerung angesehen werden, weil der Patient durch die Wortwiederholung bzw. Fragewiederholung²⁸ ‚was an sich verändern‘ Zeit ‚schindet‘ und paraverbalen Merkmale²⁹, wie Intonation und Aussprache deuten darauf hin, dass er am ‚Überlegen‘ ist. Die Verzögerung, der neue Versuch eine Antwort in Zeile 46 zu formulieren und die Tatsache, dass die angeforderte Information nicht in der Antwort vorhanden ist, machen einen Widerstand bzw. eine dispräferierte Antwort erwartbar. Ein weiterer Indikator für Widerstand ist hier die 2,31-sekündige Pause, die auf die Antwort folgt (Z. 45). Laut Antaki (2008) ist dies eine „marked pause“³⁰ (S. 41), da lediglich eine Sekunde „the standard maximum“ (Jefferson, 1988, S. 170ff.) ist. Wie bereits im Methodik Kapitel aufgeführt, sind Verzögerungen ein Anzeichen für nicht präferierte Antworten und somit können sie als indirekten, passiven Widerstand angesehen werden.

Der Patient kann das Rederecht für sich bestimmen. Die, durch ein *ähm* (Z. 46) gefüllte, Pause deutet Formulierungsschwierigkeiten zu Beginn der Antwort (turn-initial) an. Diese werden abermals durch eine Pause von 0.25 Sekunden verdeutlicht. In Zeile 46 geht der Patient dann auf das angesprochen Thema Veränderung ein, lehnt aber das Konzept von Veränderung, also die vom Therapeuten vorausgesetzte Möglichkeit der Veränderung, gleichzeitig durch die

²⁵ „Also kann als Diskursmaker am Turnbeginn zur Eröffnung eines deskriptiven *multi unit*- Turns [...] verwendet werden“ (Hervorh. im Original) (Deppermann & Helmer, 2013, S. 8).

²⁶ „Mit *also* wird eine intersubjektive Inferenz angezeigt, d.h., die Inferenz wird als Explikation einer vom Partner mitgemeinten bzw. im Grice’schen Sinne kommunizierte Bedeutung (Grice 1989) behandelt“ (Deppermann & Helmer, 2013, S. 3.). Wichtig ist dabei zu beachten, dass die „Inferenzexplikation [...] selbst-initiiert vom *also*-Sprecher produziert [werden]“ (alle Hervorh. im Original) (ibidem., S. 6). Wichtig ist anzumerken, dass Deppermann und Helmer herausfanden, dass *also* als „Anzeige dispräferierter Handlungen verwendet“ (2013, S. 9) werden kann. Bei den folgenden Beispielen ist es häufig so, dass zu nächst eine dispräferierte reagiert wurde nach dem *also*, dann aber auch die optimierte Antwort mit *also* angezeigt wurde; Beispiel 6 (5.3.).

²⁷ Siehe Deppermann und Helmer, 2013, S. 7.

²⁸ Dieser Begriff passt hier besser, weil der Patient auch das Fragewort *was* vom Therapeuten übernimmt.

²⁹ Brinker & Sager (2010): „Zum Paraverbalen kann man im Wesentlichen das zählen, was als Prosodie bezeichnet wird – Sprechergeschwindigkeit, Lautstärke, Tonhöhenverlauf- und register, Sprechrhythmus und Pausenmanagement“ (S. 48f.).

³⁰ Im Folgenden als „ausgeprägten Pause“ bezeichnet.

Formulierung *ob ich des jemals verändern kann* ab. Diese Ablehnung kann als Widerstand angesehen werden, da der Patient nicht der Agenda des Therapeuten folgt und ihm mit der Aussage widerspricht. Der Widerstand und die Ablehnung wird besonders durch das Formulierungsmuster *ob (ich) [...] jemals* unterstrichen und verdeutlicht. Das heißt, der angedeutete Widerstand aus Z. 44 ist hier nun deutlich erkennbar. Abermals kommt es zu einer ausgeprägten Pause von über zwei Sekunden und es folgt *hm hm* (Z. 49), wodurch eine zögerliche Formulierungsdynamik entsteht (Z. 45 + 46). Nach dieser zögerlichen Formulierungsdynamik nimmt der Patient Rückbezug (*refocusing*) auf das vor der LoF besprochene Thema „Alleinsein“ (Z. 1 – 37). Allerdings ist auffallend, dass der Patient im zweiten Teil seines Turns (Z. 49) sagt: *ungerne alleine bin des weiß ich nich*. Diese Aussage ist verbunden mit seiner Ablehnung gegenüber des Veränderungsprozesses (Z. 46 + 47) und er zeigt damit auf, dass er den innerlichen Prozess, der in ihm stattfinden müsste, abweist und er eigentlich zu keiner Veränderung bereit ist bzw. nicht weiß, ob er diese überhaupt will. Dies wird in der Zeile 52 schließlich verbalisiert und die deutliche Ablehnung des innerlichen Veränderungsprozesses wird demonstriert. Er lehnt also die Sichtweise des Therapeuten, dass er sich (innerlich) verändern soll, ab, indem er widerständig reagiert und sagt, dass *weiß auch nich ob ich_s (überhaupt) also also ändern will* (Z. 52). Neben dem Widerstand und der Ablehnung, stellt er auch den Wunsch der Veränderung im Allgemeinen in Frage und zwar durch den Gebrauch des Verbes *wollen* (Z. 52). Durch das Verb *wollen* werden Wünsche ausgedrückt (grammis 2.0.), doch in Zeile 52 zweifelt der Patient an, ob er diesen Veränderungswunsch überhaupt hat. Es folgt eine sofortige Rechtfertigung bzw. Begründung (Z. 53), weshalb er nicht weiß, ob er überhaupt alleine sein und sich verändern will, eingeleitet wird dies durch den kausalen Konnektor *weil* (Z.53). Er begründet die Ablehnung des Veränderungswunsches dadurch, dass er sagt *ich genieße des ja (wenn) ich (1.09) leuten die mir wichtig sind irgend(w) irgendwas zu unternehmen oder [...] dass die bei mir sin oder* (Z. 53 + 54 + 46). Diese Rechtfertigung beinhaltet zum einen, dass er ungerne alleine Unternehmungen macht, egal welcher Art (*irgendwas*, Z. 54) und zum anderen es ihm wichtig ist, nicht alleine zu sein (*die bei mir sin*, Z. 56). Durch die zwei *oder* (Z. 54 + 56) wird angedeutet, dass der Patient noch weitere Begründungen der Elaboration hinzufügen will. Sie deuten eine Fortführung seiner ‚Aufzählungen‘, weshalb er andere Leute ‚braucht‘ bzw. diese ihm wichtig sind, an. Nach dem zweiten *oder* in Zeile 56 folgt aber keine weitere Begründung, sondern es kommt zu einer Pause von 1.77 Sekunden. Der Therapeut gibt nur kurze Hörersignale *hm hm* (Z. 55). Diese kurzen Rückmeldesignale werden nicht als Sprechwechsel angesehen (vgl. Kapitel 4.1.) und die lediglich dazu, dem Patienten eine Rückmeldung zugeben,

dass er noch zu hört, ihn versteht und gleichzeitig will er den Patienten damit ermutigen und animieren weiterzusprechen. Man kann bei dieser Antwort des Patienten von einer *answer-like response*, speziell *refocusing response*, nach MacMartin (siehe Kapitel 4.2.3), sprechen. Zwar scheint die Antwort zumindest in Teilen mit der LoF übereinzustimmen: Der Patient nimmt den propositionalen Gehalt des Veränderens auf und versucht diesen für sich zu elaborieren. Demzufolge ähnelt sie einer präferierten Antwort. Doch durch die Ablehnung des Konzeptes der Veränderung, die Fokusverschiebung (der Patient äußert Zweifel, ob er überhaupt eine Veränderung will: Veränderungsfähigkeit wird zu Unfähigkeit) und den anschließenden Turn des Therapeuten (Z. 59 + 60) wird deutlich, dass die Antwort (Z. 46 – 54) inadäquat und unzureichend ist und daher als dispräferierte Antwort behandelt werden muss und auch als solche vom Therapeuten wird.

Man kann an dem Patienten-Turn (Z. 46 – 54) gut sehen, dass der Patient die LoF also mit der vorher angesprochene Thematik des „Alleinseins“ verknüpft, obwohl diese offen und ohne auf ein konkretes Thema bezogen, gestellt wurde. Signifikant ist hierbei, dass er abermals (wie in Z. 44) nicht explizit auf die Frage eingeht, sondern verzögernd antwortet. Die Verzögerung, dispräferierte Antwort und die Elaboration der Themen „Alleinsein“ und „Veränderungswunsch“ verlangen eine weitere, ausführlichere Interaktion. Diese Elemente regen zum einen den Therapeuten an weitere Fragen zu stellen und das Thema intensiver zu explorieren. Zum anderen offenbart der Patient noch mehr Informationen über sich und schließlich hilft diese erweiterte Elaboration dem Patienten bei der Lösungsfindung, weil er sich selbst besser konzeptualisiert und versteht.

Der in Zeile 59 und 60 anschließende Turn des Therapeuten ist eine Interpretation (*interpretative statement/ formulation*) der vorherigen Äußerung des Patienten und zeigt an, dass die vorher gegebene Antwort vom Patienten nicht ausreichend war und in diesem Sinne dispräferiert. Der Turn des Therapeuten wird von einer adversativen Konjunktion *aber* (Z. 59) eingeleitet, die einen gegensätzlichen Standpunkt aufzeigt. Man könnte hier von Kritik an dem vom Patienten Gesagten sprechen. Der Therapeut kritisiert, was der Patient zuvor gesagt hat bzw. er zeigt durch seine Äußerung die Folgen des eben Erläuterten auf - eine Abhängigkeit von anderen: *sie laufen ja schon gefahr °hh (.) ähm (0.71) sich immer wieder von andern abhängig zu machen dadurch* (Z. 59 – 60). Durch den Gebrauch des Wortes *gefahr* betont er, welche negativen und drastischen Folgen entstehen können, wenn der Patient immer auf andere angewiesen ist und alles mit jemanden teilen will. In dieser interpretativen Bemerkung knüpft er an das Material (Informationen), welches der Patient ihm bereitgestellt hat, an und ergänzt bzw. summiert, was dies für den Patienten bedeutet und dessen sich dieser eventuell noch gar

nicht bewusst war (siehe Vehviläinen, 2008, S. 122) oder nicht wahr haben will. Dieses Verhalten des Therapeuten nennen Voutilainen und Peräkylä (2016) „challenge“ (S. 19). Dies bedeutet „that the therapist questions the client’s beliefs about self and the world and his way of being with others“ (ibidem.). Auffallend ist, dass der Therapeut die LoF nicht wiederholt oder umstellt (*rephrasing*), wodurch er den Fokus zurück auf die eigentliche Frage bringen könnte, sondern das er das Gesagte des Patienten aufgreift und vor allem aus- und fortführt und damit in einen breiteren Kontext setzt. Die Interpretation (Z. 59 – 60) kann als Reformulierung der Problemdarstellung aus den Zeilen 26 – 27 und 30 – 31 angesehen werden. Besonders auffallend ist dabei die semantische Parallele zwischen den Adjektiven *angewiesen* (Z. 26) und *abhängig* (Z. 60), welche eindeutig auf eine Reformulierung verweist. Der Therapeut thematisiert durch die Reformulierung abermals das eigentliche Problem, macht den Patienten darauf aufmerksam und verdeutlicht außerdem, dass eine Lösung für dieses gefunden werden muss.

Das *ja* (Z. 59) verlangt bzw. insistiert auf eine Ratifizierung von Seiten des Patienten, welche mit *ja* in Zeile 61 folgt und nach einer Mikropause wird die stark bekräftigende und deutlich zustimmende Phrase *auf jeden fall* (Z. 61 + 63) ‚hinterhergeschoben‘. Dem Patienten ist also bewusst, dass er Gefahr läuft in ständiger Abhängigkeit von anderen zu leben. Abermals folgt eine Interpretation des Therapeuten indem er dem Patienten diese Abhängigkeit durch einen Vergleich veranschaulicht (Z. 62 – 68). Er setzt das ständige Dasein einer anderen Person mit einer Infusion gleich, die den Patienten beruhigt, glücklich macht und viel Aufmerksamkeit schenkt, doch *un_wenn die abgenommen wird dann ham sie angst dass (.) dass es schlimm wird* (Z. 67 + 68). Mit dieser Aussage macht er den Patienten nochmalig darauf aufmerksam, wie gefährlich, aber auch gleichzeitig ungesund diese Abhängigkeit sein kann. Durch den Gebrauch des medizinischen Terminus wird der Aspekt der Gesundheit bzw. Nicht-Gesundheit in das Gespräch eingebracht. Darüber hinaus wird durch diese extreme bildliche und plastische Darstellung der Abhängigkeit, welche eine Assoziation von Drogenabhängigkeit hervorrufen kann, die Problemdarstellung weiter elaboriert, verstärkt und beinahe überspitzt. Außerdem spricht der Therapeut das Thema Angst, welches sich durch das ganze Gespräch zieht, an, um so eine Verbindung zwischen dem Alleinsein und der Angst bzw. den Angstzuständen, die sich dann verschlimmern könnten oder würden, herzustellen. Die Formulierungsdynamik in diesem Turn ist zögernd, es kommt immer wieder zu kurzen Pausen. Nach dem Vergleich *wie so ne infusion* (Z. 64), erkennt der Patient diesen mit einem *acknowledgement token*³¹ *hm_hm* (Z. 65)

³¹ Gardner, R. (2001).

an, die Sprecherrolle bleibt aber weiterhin beim Therapeuten, der den Vergleich weiterausführt. Man könnte an dieser Stelle spekulieren, dass der Vergleich des Therapeuten als Überspitzung oder Übertreibung angesehen werden kann, wodurch er dem Patienten verdeutlichen will wie ‚absurd‘ und ungesund es ist, immer abhängig von anderen zu sein, ähnlich wie eine ständige Zufuhr (Infusion) von Substanzen.

Von Zeile 69 – 74 kommt es zu der Patienten Antwort auf den Vergleich. Nachdem der Therapeut in den Zeilen 67 + 68 eine bestätigungsrelevante Aussage getätigt hat, folgt nach einer Mikropause in Zeile 69 der responsive und ratifizierende Partikel *ja* vom Patienten. Die Schnelligkeit der Antwort markiert, dass der Patient dem Therapeuten deutlich zustimmt und bestätigt, dass eben genau die vom Therapeuten angesprochenen Ängste dann auftreten und sich eventuell verschlimmern. Nach einer 0.3-sekündigen Pause und einem Einatmen (Z. 69), diese Merkmale könnten auf ein Zögern hindeuten, beginnt der Patient eine ausführliche Elaboration. Abermals bestätigt er den Therapeuten in dessen Aussage *ja des stimmt* (Z. 69). Durch den Diskursmarker³² *also* wird kurz danach angezeigt, dass nun eine längere Ausführung folgen wird. Diese Ausführung beginnt mit einem *ich erhoffe mir schon dass* (Z. 69 + 70), dies kann als Interpretation und Reaktion auf die Frage *wie hätten sie_s denn gern* (Z. 38) aus der LoF angesehen werden. Der Patient äußert eine Hoffnung, die er in sich trägt. Diese Hoffnung könnte mit dem Veränderungswunsch gleichgesetzt werden, den der Therapeut angesprochen hat. Signifikant ist, dass es zu keiner deutlichen Aussage kommt, die beinhaltet, dass der Patient etwas an sich ändern oder verändern muss. Er hofft nur, dass er *irgendwo selbständig sein kann dass ich (0.78) un eigenständig (0.21) un ohne ängste und ohne heimweh;* (Z. 70 + 71). Das Verwenden der vagen Formulierung *erhoffe* (Z 69), deutet darauf hin, dass er dadurch eine aktive Entscheidung und die damit einhergehende Verpflichtung gegenüber sich selbst umgehen will. Aber über die genauen Intentionen lässt sich hier nur spekulieren. Durch diese Antwort zeigt sich der Patient zwar bereit die Agenda des Therapeuten zu verfolgen, aber sie ist dennoch vom Patienten dezidiert und somit nur teilresponsiv, da die Frage des Therapeuten unzureichend beantwortet wurde. Der Patient geht auf die erste Frage in der LoF ein, doch die zweite *was sie an sich verändern könnten* wird nicht deutlich beantwortet, stattdessen werden Eigenschaften aufgezählt, die er hofft eines Tages zu erlangen. Adversativ betrachtet, kann die zweite Frage, durch die eben genannte Begründung auch als beantwortet angesehen werden,

³² Da der Begriff in der Analyse mehrmals gebraucht wird, hier zwei relevante Funktionen: „sie haben eine primär pragmatische bzw. metapragmatische Funktion, indem sie die Beziehung zwischen der folgenden und der vorausgehenden Äußerung bzw. Handlung markieren [...] und sie zeichnen sich häufig durch reduzierten semantischen Gehalt [...] aus“ (Günther, 2012, S. 27.). Dies ist auch für die restliche Analyse im Hinterkopf zu behalten. Mehr zu Diskursmarkern siehe Günther (2012).

denn schließlich werden Eigenschaften aufgezählt, die der Patient bisher nicht besitzt und erlangen möchte, was wiederum eine Veränderung der Person miteinschließt. Auffallend ist zwar, dass er das Verb *verändern* nicht konkret in seiner Antwort gebraucht, aber durch das Aufzählen der zu erlangenden Eigenschaften, lässt sich erkennen, dass er das Konzept ‚sich verändern‘ in seiner Antwort anders aufnimmt. Darüber hinaus ist anhand der Formulierungsweise (strukturell und formal) der Antwort erkennbar, dass dies die optimierte Antwort auf die LoF ist. Und auch aus dem propositionalen Gehalt der Antwort geht deutlich hervor, dass der Patient eben doch nicht von anderen in andauernde Anhängigkeit sein möchte, sondern *selbständig sein kann dass ich (0.78) un eigenständig (Z. 70 + 71)*. Durch den Abbruch *dass ich (Z. 70)*, die Pause (0.8), (Z. 71), die folgende Reparatur (*un*, Z. 71) und die Wiederholung eines semantisch gleichen Adjektivs (*selbständig*, Z. 70 + *eigenständig*, Z. 71) hebt der Patient besonders hervor, was er sich erhofft: Alleine im Leben klar zu kommen und in keiner Abhängigkeit von anderen zu leben. Die damit verknüpften Ängste und das Heimweh erhofft er sich auch ablegen zu können (Z. 71), um die Möglichkeiten für ihn *irgendwo hingehn [...] eigene ziele verfolgen (Z. 74)* zu verwirklichen. Schließlich folgen auf diese optimierte Antwort des Patienten mehrere Ratifikationssignale *hm_hm (Z. 73)* und *hm (Z. 75)* vom Therapeuten, die abermals bestätigen, dass dies die optimierte (präferierte) Antwort ist und auch als solche vom ihm angesehen wird.

Durch die optimierte Antwort wird deutlich, dass der Widerstand, den der Patient in den Zeilen 44 und 46 – 54 noch ausübte, überwunden wurde. Der Patient gibt eine Antwort, die als präferiert angesehen wird und somit keine weiteren Nachfragen des Therapeuten bedarf. Die Formulierungsdynamik in den Zeilen 69 – 74 ist nicht durchgehend flüssig, aber die Pausen sind entweder nur Mikropausen oder unter einer halben Sekunde lang. Es kann also von einer zögerlichen, aber nicht stockenden Formulierungsdynamik gesprochen werden. Durch diese kleinen Verzögerungen erscheint der Patient etwas unsicher, was aber auch an dem propositionalen Gehalt der Aussage liegen könnte, denn, wie bereits erwähnt, überwindet er in diesem Turn seinen vorherigen Widerstand und gibt eine optimierte Antwort auf die in fast 28 Zeilen vorher gestellte LoF.

Subsumierend kann gesagt werden, dass der Patient insgesamt zwei dispräferierte Antworten (Z. 44 und Z. 46 – 54) gibt, somit mehrere Turns benötigt, um eine optimierte Antwort verbalisieren zu können. Der Therapeut muss dem Patienten bei der Lösungsfindung durch das Aufzeigen der Folgen (*interpretative statement*), die eine Nicht-Veränderung hervorrufen und effizieren würden, helfen. Schließlich folgt ein Themenwechsel: vom

Veränderungswunsch zur derzeitigen Wohnsituation des Patienten. Dieser wird durch die W-Frage *wie leben sie denn gerade eigentlich* (Z. 76) initiiert.

Bei diesem Beispiel kann festgehalten werden, dass der Widerstand erwartbar war, denn bereits im Vorlauf (1 – 37) kam die Themen Alleinsein und Abhängigkeit auf und der Patient blockierte bzw. antwortete ausweichend indem er sagte *allein is_es leben nicht äh lebenswert* (Z. 5 – 6) und *ich hab nur_s gefühl dass ich meine freude immer mit jemanden teilen müsst* (Z. 21 + 22). Außerdem erwähnte der Patient mehrmals zu Beginn des Gesprächs, dass er Angst habe seine Mutter zu verlassen und sie zu verlieren. Der Therapeut wusste also durch den Vorlauf (Z. 1 – 37), dass der Patient mit Eigenständigkeit, sowie Veränderungen Probleme haben wird und daher kommt der Widerstand nicht unerwartet. Dieser kann aber mit Hilfe des Therapeuten überwunden werden, sodass es schließlich zu einer optimierten Antwort kommt und die Lösungsfindung als erfolgreich abgeschlossen bzw. die LoF als erfolgreich bearbeitet angesehen werden kann.

Letztlich ist anzumerken, dass es bei psychotherapeutischen Gesprächen zu erwarten ist, dass unangenehme, oftmals schmerzhaft Themen angesprochen werden und den Patienten die Bearbeitung womöglich schwerfällt und sie ausweichend mit Widerstand und aber auch *answer-like responses* reagieren, wie in diesem Beispiel illustriert wurde.

5.1.1. WEITERE GESPRÄCHSAUSSCHNITTE AUS KATEGORIE 1

Wie bereits eingangs in dieser Analyse angemerkt wurde, handelt es sich bei dem Beispiel 2 um ein repräsentatives Beispiel dieser ersten Gruppe. Um die in der vorherigen Analyse festgestellten Erkenntnisse verallgemeinern, beweisen und als fundiert bezeichnen zu können, müssen weitere ähnliche Gesprächssequenzen analysiert werden, um dann die Erkenntnisse vergleichen zu können. Die folgenden zwölf LoF-Gesprächssequenzen können ebenfalls unter der ersten Kategorie des Dreiecks eingeordnet werden, da sie eine strukturelle Verwandtschaft zu dem Beispiel 2 aufweisen: T1_1 (1), T1_2 (1), T1_3(1), T1_4 (2), T2_4 (1), T3_1 (1), T3_1 (4), T3_1 (5), T3_2 (1), T3_2 (4), T3_2 (5) und T5_1 (2). Es ist verständlich, dass nicht alle Analysen bei diesen Gesprächssequenzen gleich aussehen, daher wurde durch Beispiel 2 illustriert und demonstriert, wie die Analyse dieser LoF-Sequenzen aussehen kann. In Beispiel 2 kommt es idealerweise nach 28 Zeilen mit Hilfe des Therapeuten zu einer optimierten Antwort. Im Folgenden werden die Besonderheiten der zwölf weiteren Gesprächsausschnitte dieser Kategorie expliziert und es werden schließlich allgemeine Ergebnisse zusammengefasst.

Die Gesprächssequenz T1_2 (1) ähnelt dem analysierten Beispiel am meisten. Ein beachtenswerter Unterschied sollte hier aber erwähnt werden: Die Interpretation des Therapeuten wird abgelehnt. In Beispiel 2 hingegen, kommt es zu einer Bestätigung der angebotenen Interpretation des Therapeuten (Z. 61 + 63 + 65 + 69). Nichtsdestotrotz kommt es zu einer optimierten Antwort in T1_2 (1). Die Patientin findet in diesem Gesprächsausschnitt nach einer langen Elaboration ihrer Situation alleine zur LoF zurück und beantwortet diese schließlich nach mehr als 100 Zeilen mit einer optimierten Antwort, daher findet sich diese Sequenz in diese Gruppe wieder. Die in dem Gesprächsausschnitt T3_2 (4) gestellte LoF ist bereits die zweite LoF innerhalb weniger Zeilen. Auf die erste LoF T3_2 (3) reagiert die Patientin mit durchgehendem Widerstand, somit fällt diese unter die zweite Kategorie. Die zweite LoF (4) elizitiert zunächst auch Widerstand; eine dispräferierte Antwort wird gegeben. Nach wenigen Zeilen kommt es dann aber zu einer optimierten Antwort, ohne dass der Therapeut durch eine Interpretation oder Formulation eingreifen muss, somit gehört auch diese Sequenz in die erste Kategorie. Bei den Gesprächsausschnitten T1_4 (2), T2_4 (1) und T5_1 (2) ist bemerkenswert, dass nach der suboptimierten Antwort eine Beispiel-Nachfrage vom Therapeuten folgt und es dadurch zu einer optimierten Antwort kommt und somit mithilfe dieser Nachfrage der Widerstand vom Patienten überwunden wurde. Die letzten fünf Transkripte T1_3 (1), T3_1 (1), T3_1 (4), T3_1 (5) und T3_2 (1) haben die Gemeinsamkeit, dass sie alle eine Mischform aus der Kategorie 1 und 2 („nur“ Widerstand) sind. Sie wurden aber hier eingeordnet und jetzt erwähnt, da sie alle zunächst eine suboptimierte Antwort enthalten, es dann aber noch zu einer dezidierten Antwort kommt, aber nie konkret zu einer optimierten Antwort. Ähnlich wie in Beispiel 2 wird auch in diesen Gesprächsausschnitten die Antwort vom Patienten dezidiert und somit nur ein bestimmter Teil der Frage beantwortet (Teilresponsivität). Das Beispiel T1_1 (1) fällt auf, da es das einzige Beispiel ist, indem die Patientin sich bereits im Vorherein Gedanken über das in der LoF gesprochene Thema gemacht hat, diese verschriftlicht und mitgebracht hat und dennoch keine präferierte Antwort sofort parat hat, sondern erst einmal auf ihren Zettel schauen muss. Die Patientin wirkt dadurch unsicher und hat trotz des Zettels Schwierigkeiten nach mehreren Turns eine optimierte Antwort zu formulieren. Da es bei all den aufgeführten Gesprächsausschnitten auf die ein oder andere Weise nach einer suboptimierten Antwort zu einer optimierten Antwort kommt, wurden sie alle in die erste Kategorie aufgenommen.

5.1.2. ZWISCHENERGEBNISSE

Resultierend aus den Analysen manifestieren sich folgende Erkenntnisse für die erste Kategorie. Auffallend war, dass sobald eine optimierte Antwort geben wurde, ein Themenwechsel folgt. Dieser kann somit als Indiz für eine optimierte Antwort angesehen werden. Für die Interagierenden besteht danach kein Grund mehr das Thema weiterzubearbeiten, da der in der LoF gestellte Arbeitsauftrag erfolgreich ausgeführt wurde und es zu keinem weiteren Widerstand gekommen ist. Darüber hinaus konnte eruiert werden, dass Widerstand entweder mithilfe des Therapeuten, beispielsweise durch eine Interpretation, eine Beispiel-Nachfrage überwunden wurde, oder aber auch von alleine, in dem die Patienten ihre Situation ausführlich elaborierten oder überdachten und schließlich die LoF beantworten konnten, zumindest mit einer dezidierten Antwort. Eine weitere Auffälligkeit, die auch in der Analyse von Beispiel 2 erwähnt wurde, ist, dass der Patient seine Antwort häufig mit dem Diskursmarker und Konnektor *also* einleitet. Oftmals ist dies ein Indikator für ausführliche Erklärungen und Rechtfertigungen. Damit wird angezeigt, dass der Patient das Rederecht und die Sprecherrolle übernimmt und anfängt eine Antwort zu formulieren, somit dient es auch der Strukturierung der dann folgenden Aussage. Dieser Diskursmarker hat eine primär interaktionsstrukturierende Funktion und besitzt keine lexikalische Bedeutung. Zwei weitere Erkenntnisse können dieser Kategorie zugeordnet werden. Zum einen kommt es bei den Antworten öfter zu *answer-like responses*, wie auch in Beispiel 2 erklärt und zum anderen ist markant gewesen, dass nach einer LoF meistens, Ausnahme ist hier bei T3_2 (1)³³, eine ausgeprägte Pause von circa 2 Sekunden folgt, die als implizit widerständig anerkannt werden kann.

5.1.3. WIDERSTAND ABGEWENDET (T1_4 (1) UND T2_2 (2))

Das in diesem Abschnitt präsentierte und analysierte Beispiele demonstrieren, wie angesetzter Widerstand nach einer LoF durch eine gut platzierte Intervention oder ‚ausharren‘ des Therapeuten abgewandt werden kann. Durch sie wird deutlich, dass Patienten auch von einer widerständigen Reaktion, durch gekonntes Eingreifen des Therapeuten, abgehalten werden können, wodurch es vergleichsweise zu einer schnellen optimierten (präferierten) Antwort kommt.

³³ Wobei hier eine schnelle und direkte Ablehnung und Negation (*geht schon gar nich*) der Agenda des Therapeuten als Widerstand angesehen werden kann.

Der im Folgenden dargestellte Abschnitt, geht der LoF voraus. Er ist der Vorlauf und für die Analyse von Bedeutung, da er das Beispiel 3 einleitet. Es handelt sich um einen tendenziell langen Vorlauf im Gegensatz zu dem von Beispiel 2. Der Vorlauf behandelt die Thematik des bisherigen Werdegangs vom Patienten.

Vorlauf zu Beispiel 3: *Bisheriger Werdegang* (T1_4 (1); Datei 1, 41:10Min.)

1 **T** ((atmet ein; ca. 1,04s)) ja (.) wir sind ja (.) so in der (.) in der
2 chronologie (ihr)
3 (0.24)
4 **T** ((macht einen laut)) in ihrem leben
5 (0.38)
6 **T** °h
7 (0.33)
8 **T** ähm
9 nach dem hh°
10 ende dieser hamburg (.) geschichte ham wir noch nich weiter gesprochen
11 wie_s dann weiterging °hhh als sie aufgehört hatten
12 hh°
13 (0.22)
14 **T** [mit der] (.) °h
15 **P** [ich hab]
16 **P** hab mich dann in der öffentlichen uni in hamburg einge-
17 schla eingetrag eingeschrieben für philosophie und geschichte °hh hab
18 aber nicht wirklich studiert sondern das war einfach so_n
19 übergangssemester für (.) °h dass ich dann nach bielefeld kommen
20 konnte °h
21 (0.41)
22 **P** ähm hab in der zeit gearbeitet
23 (1.0)
24 **P** ((schmatzt)) auch wieder als barkeeper
25 (0.42)
26 **P** °h (.) ähm
27 (0.66)
28 **P** bin dann nach bielefeld
29 (0.24)
30 **P** dann zum (.) nächsten semester und hab dann hier informatik und °h
31 mathematik angefangen zu studieren
32 (0.23)
33 **T** mh
34 **P** °h ((schmatzt))
35 **T** ((atmet ein; ca. 1,48s)) ((atmet aus; ca. 1,48s))
36 **P** und (.) war aber irgendwie immer nur s viertelste (.) maximal das
37 halbe semester da °hh
38 (0.22)

39 **P** dann hatte isch irgendwie kein bock mehr
40 **T** hhh°
41 **P** und °h dann wurde mir auch alles wieder zu viel und °h
42 **T** hhh°
43 **P** wenn man dann das war wieder der gleiche punkt wenn man dann mal zwei
44 drei wochen gefehlt hat
45 (0.59)
46 **P** wie erklärt man das dann also lässt man_s gleich ganz bleiben °h das
47 ganze ging dann vier semester lang und ich hatte immer noch keine
48 scheine °h bis dann irgendwann die uni sagte also (.) hm
49 (0.38)
50 **P** so geht_s net weiter
51 (0.22)
52 **P** °h (.) des war letztes jahr im august
53 (1.59)
54 **P** dann hab ich wieder angefangen bei ner zeitarbeitsfirma zu arbeiten
55 (0.22)
56 **P** °h dann war ich wieder arbeitslos dann hatte ich wieder nen job
57 (0.57)
58 **P** gehabt und °h bin wieder arbeitslos und jetzt bin ich hier
59 (1.11)
60 **P** also jetzt bin ich äh (.) ähm seit
61 (1.13)
62 **P** mai seit juni arbeitslos
63 **T** ((atmet ein; ca. 1,29s)) ham sie für sich ne °hh (.) ne erklärung wie
64 das so (.) °hhh
65 (0.41)
66 **T** kommt dass sie h°
67 (0.52)
68 **T** dass sie nach ner gewissen zeit
69 (0.3)
70 **T** bei manchen dingen die sie ja mit interesse und neugierde anfangen
71 (0.32)
72 **T** °hh dann die lust verlässt °h
73 (0.28)
74 **T** °h oder sind des auch bestimmte dinge wo sie des merken wenn das
75 passiert dann °hh hh°
76 **P** das ist ja der punkt ich weiß es nich
77 (0.42)
78 **P** ich (.) hab [keinen anhalt] spunkt da ich weiß es nur °h ((schnieft))
79 **T** [hmhm]
80 (1.59)
81 **P** es is (.) irgendwann mal der punkt wo_s mir kein[en spaß] mehr macht
82 °h dann quäle ich mich
83 **T** [hmhm]
84 **T** (.) ja

85 P dahin °h und irgendwann mal is der punkt wo (.) ich absolut (.) keine
86 lust keine kraft gar nichts mehr habe ich komm dann morgens nicht
87 aus_m bett oder sonst irgend[was o]der °h mir geht_s wirklich dann
88 auch körperlich schlecht

89 T [ja]

90 T ((atmet ein; ca. 1,48s))

91 P äh und [ich hab dann abs]olut einfach keinen bock mehr ich fang dann
92 an mich einzu[igeln mich einzuschließen °h] rolladen runter und

93 T [hhh°]

94 T [°h ((atmet aus; ca. 1,29s))]

95 (0.38)

96 P gut is

97 (0.23)

98 T ((schmatzt)) [°h also ((atmet aus; ca. 1,23s))]

99 P [kein tageslicht gar nichts mehr]

Aus dem Vorlauf kann entnommen werden, dass der Patient zu einer Unstetigkeit tendiert. Er bricht immer wieder Ausbildungen, in diesem Fall Studiengänge ab (Z. 16 – 20). Zwar führt er eine Begründung für den Abbruch des Studiums in Hamburg an: *einfach so_n übergangssemester für (.) °h dass ich dann nach bielefeld kommen konnte* (Z. 19 + 20), aber 18 Zeilen später gibt er abermals zu, dass er auch das Studium in Bielefeld nach wenigen Monaten abgebrochen hat *dann hatte isch irgendwie kein bock mehr* (Z. 39). Durch diese Aussagen wird deutlich, dass der Patient dazu neigt, immer wieder etwas Neues anzufangen wofür er sich zunächst begeistern kann, es dann aber wieder abbricht, weil ihn die Lust verlässt. Diese Beobachtung stellt auch der Therapeut auf und formuliert daraus eine kollaborative Erklärungsfindungsfrage (KeF)³⁴ (Z. 63 – 75). Durch dieses Frageformat versucht der Therapeut den Patienten in die therapeutische Verstehensarbeit miteinzubeziehen: Das Augenmerk dieser Frage liegt auf der Verständnisentwicklung der eigenen Probleme (Mack et al., 2016, S. 86). Allerdings reagiert der Patient mit einer widerständigen Aussage *das ist ja der punkt ich weiß es nich* (Z. 76). Zum einen wird durch *das ist ja der punkt* dargelegt, dass auch der Patient diese Tatsache, welche in der KeF erläutert wurde, als problematisch ansieht, aber zum anderen dennoch keine Erklärung dafür hat. Diese nicht-Erklärung, oder dieses Unwissen, wird durch die Phrase *ich weiß es nich*³⁵ ausgedrückt. Trotz des verbalisierten Unwissens versucht der Patient in den darauffolgenden Zeilen zu beschreiben, was mit ihm passiert, wenn die Unlust eintritt. Es ist aber keine präferierte Antwort auf die KeF, da er lediglich seinen

³⁴ Siehe hierzu Mack et al. (2016, S. 86-91) und auch Siebeking-Thompson (2017, in Vorbereitung).

³⁵ Konkretes hierzu in Helmer, Deppermann & Reineke (2017, i.Dr.) und Stremlau (2017, in Vorbereitung).

Gemütszustand während der Unlust ausführt (Z. 78 – 99). Das der Therapeut die Antwort als dispräferiert ansieht, wird durch die dann in Zeile 100 folgende LoF verdeutlicht.

Der eben abgebildete, lange Vorlauf der LoF dient zur Kontextualisierung und markiert die sequenziellen Einbettung. Er bereitet die LoF vor. Das Problem, für welches eine Lösung durch die LoF gefunden werden soll, wird in der KeF dargelegt und elaboriert. Der Patient hat durch seine auf die KeF folgende Elaboration verdeutlicht, dass er das Problem erkannt hat, allerdings fehlt ihm eine Erklärung. Die Formulierungsdynamik ist teilweise stockend, da immer wieder Pause entstehen, aber es kommt zu keiner ‚Gesprächsflaute‘ (z.B. Pausen über mehrere Sekunden oder kurzen, abgehackten Antworten). Nachdem es zu keiner Erklärungsfindung kommt, lässt der Therapeut diese Thematik fallen, nimmt aber wiederholt das Thema Lustlosigkeit (*motivationslöcher*, Z. 100) auf.

Beispiel 3: *klares Ziel* (T1_4 (1); Datei 1, 43:31 Min.)

100 **T** (.) sagen wir mal so motivations ((atmet ein; ca. 1,19s)) löcher (.)
101 sind ja (.) (n) was was
102 (1.01)
103 **T** vielen menschen (.) passiert im (.) äh studium oder sonst wie und
104 dann gibt_s ja °hh für die meisten
105 (0.49)
106 **T** irgendwie dann so_n ziel so_n langfristiges ziel was dann
107 (0.35)
108 **T** ihnen dazu (.) hilft
109 (0.23)
110 **T** durchzuhalten oder so ((atmet ein; ca. 1,43s)) sowas (.) bei ihnen
111 irgend ne idee was sie wo sie gerne hin möchten
112 **P** (.) ja
113 (0.38)
114 **P** [ich hab]
115 **T** [ja]
116 **P** eigentlich ein klares ziel aber
117 **T** ah ja und was ist das
118 **P** (.) ((schmatzt)) ich möchte mein (.) studium abschließen und später
119 meine eigene firma gründen
120 (0.21)
121 **T** ne eigene firma wofür
122 (0.38)
123 **P** °h ((schmatzt)) am am liebsten für webdesign und programmierung
124 **T** °hh das sind dinge die sie auch machen schon
125 **P** das ist meine leidenschaft ja [das mach ich seit] (.) [mehr als zehn
126 jahren (jetzt)]
127 **T** [°hh]

128 T [(
129 (unverständlich)) das wollte] ich nämlich fragen ja sie haben ja
130 jetzt mehr so über die dinge die alle nicht so gut gelaufen sind aber
131 da gibt_s auch was was sie durchgehend gerne machen
132 P ja
133 T °hhh
134 (0.68)
135 T ((schmatzt)) können sie mir ein bisschen darüber erzählen was sie da
136 machen (.) ob_s da so spezielle dinge gibt weil das ist ja erstmal
137 (.) sehr allgemein webdesign das machen viele aber das klingt so als
138 hätten hätten sie da ne bestimmte [°h]
139 P [ja web]design mit ähm
140 (0.72)
141 P programmierung in des (.) in die datenbank rein [°h]
142 T [ja]

Die in Zeile 100 – 111 formulierte LoF wurde durch den Vorlauf gut vorbereitet und ist thematisch-kontextuell an diesen gebunden. In der LoF greift der Therapeut das Thema Lustlosigkeit auf und kommt von dieser Thematik schließlich auf ein klares bzw. langfristiges Ziel zu sprechen. Während der LoF kommt es zu einem Fokuswechsel: Zunächst inkludiert der Therapeut auch andere Menschen, *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 langfrisitges ziel was dann (0.35) ihnen dazu (.) hilft (0.23) durchzuhalten oder so (Z. 100 – 110)*. Interpretativ gesprochen könnte man sagen, dass er damit dem Patienten implizit aufzeigen will, dass dieser nicht alleine ist mit dem Problem. Darüber hinaus schlägt er dem Patienten eine Lösung des Problems bereits vor, indem er sagt, das viele durchhalten, wenn sie ein langfristiges Ziel vor Augen haben. Nach dieser ‚breiteren, allgemeineren‘ Feststellung konzentriert sich der Therapeut wieder auf den Patienten und es kommt zu dem eben bereits angesprochenen Fokuswechsel: von der Allgemeinheit auf speziell diesen Patienten. Der Therapeut verbalisiert den Handlungsauftrag *bei ihnen irgend ne idee was sie wo sie gerne hin möchten (Z. 111)*. Das heißt, der Handlungsauftrag an den Patienten lautet: Ein langfristiges Ziel für sich zu finden, denn das wäre, laut Therapeuten Aussage, die Lösung für viele, die kein Durchhaltevermögen besitzen (Z. 106 – 110). Dieser Handlungsauftrag ist gleichzeitig auch Bezugspunkt der LoF. Ein weiterer Bezugspunkt ist die gewünschte Perspektive, welche nach der LoF konkretisiert werden soll. Signifikant hierbei ist, dass der Therapeut die Lösung gegen das ständige Abbrechen von Ausbildungen sozusagen vorgibt, allerdings muss der Patient durch die gestellte LoF explizieren, ob er überhaupt ein langfristiges Ziel besitzt und wie dieses für ihn aussieht

(Z. 111). Die Frage zeichnet sich als LoF aus, da sie zukunftsorientiert und auch spekulativ ist, weil der Therapeut durch die in Z. 111 gestellte Frage vermutet, dass der Patient ein langfristiges Ziel (zukünftig) hat, welches er nur verbalisieren und konzeptualisieren muss. Außerdem wird ein vorherbehandeltes Problem wieder aufgenommen. Diese drei Eigenschaften, sowie der Handlungsauftrag zeigen auf, dass es sich bei der gestellten Frage, um eine LoF handelt und ihre Funktion ist die tatsächliche Lösungsmöglichkeit. Schließlich ist noch eine markante Auffälligkeit dieser LoF zu erwähnen: sie ist durch die Formulierungen *irgendwie* (Z. 106) und *irgend ne idee* (Z. 111) sehr offen und vage. Heritage (2009) erkannte, dass durch offene Fragen der Therapeut seine Patienten zum Reden über sich selbst bringt, ohne ihnen dabei Beschränkungen bezüglich ihrer Antwortmöglichkeiten mitzugeben (S. 47). Diesen Antwortspielraum könnte der Patient nutzen, um eine widerständige, nicht präferierte Antwort zu geben. Andererseits hält Scarvaglieri (2013) in seinem Buch die Beobachtungen von Pain (2009) fest, der zeigt, dass auch geschlossene Fragen zu einer „interaktiven Selbstexploration des Patienten beitragen“ (S.44) kann. Man könnte argumentieren, dass auch diese eng ausgelegten, meist spezifischen Fragen eine widerständige Reaktion hervorrufen, weil sie nur einen kleinen Interpretationsspielraum bieten. Durch die beiden eben dargelegten Argumente kann festgehalten werden, dass man also nicht unbedingt anhand der Frage (offen oder geschlossen) erkennen kann, ob Widerstand als Reaktion folgen wird. Nach dem die LoF vom Therapeuten gestellt wurde, kommt es nach einer Mikropause in Zeile 112 zu einer typ-konformen³⁶ Antwort *ja*. Dieses *ja* ist durch paraverbale Merkmale, hier Intonation und Aussprache, als deutlich zustimmend und ratifizierend einzuordnen. Die typ-konforme Antwort deutet daraufhin, dass der Patient nicht widerständig reagieren wird und die Sprecherrolle übernimmt, es folgt aber keine sofortige weitere Ausführung, obwohl der Therapeut nach einer *idee* gefragt hatte. Dies würde implizieren, dass der Patient eine Erklärung oder Erläuterung seiner Idee von einem langfristigen Ziel nach seiner typ-konformen Antwort ergänzt. Das heißt, zwar ist *ja* hier typ-konform, aber reicht nicht als Antwort aus. Es folgt eine Pause (0.38, Z. 113) und keine weitere Ausführung. Diese Pause kann ambivalent gelesen werden: Zum einen könnte sie als Denkpause angesehen werden, dafür würde sprechen, dass der Patient nach 0.38 widerspricht *ich hab* (Z. 114), zum anderen könnte sie aber auch als Anzeichen für einen Sprecherwechsel gesehen werden, da auch der Therapeut zu sprechen beginnt *ja* (Z 115). Es kommt zu einer Überschneidung der Interagierenden. Der responsive *ja*-Partikel des Therapeuten ist deutlich fragend intoniert und ‚ausführungsweisend‘. Das heißt zum einen

³⁶ Dieser Ausdruck kommt von dem englischen „type-conforming“. Es handelt sich dabei um „ja/nein – Antworten“ auf dementsprechende Fragen (siehe hierzu Raymond, 2003).

könnte der Partikel die Verwunderung des Therapeuten ausdrücken, da er aufgrund des Kontextes und dem bisherigen Habitus des Patienten diese typ-konforme Antwort nicht erwartet hätte, auf der anderen Seite regt er den Patienten dadurch an eine weitere Ausführung seiner Antwort darzulegen³⁷. Der Patient übernimmt die Sprecherrolle *eigentlich ein ziel aber* (Z. 116) und führt damit seinen angefangenen Satz aus Zeile 114 weiter. Mit dem Partikel *eigentlich*³⁸ relativiert er und stuft das Ziel, welches er anstrebt, bereits herunter (siehe grammis 2.0., ids) bevor er dieses überhaupt verbalisiert. Das heißt, er stuft auch dessen Relevanz für die Lösung des Problems herunter. Auffällig und interessant in diesem Satz ist das am Ende stehende *aber*. Die Äußerung indiziert Widerspruch und Widerstand wird dadurch realisiert. Dieser kann als ‚habitualisierter Widerstand‘, hinsichtlich des Kontextes und dem bisherigen Verhalten des Patienten, wie auch im Vorlauf aufgezeigt (Z. 76), bezeichnet werden. Der automatisierte Widerstand wird von dem Therapeuten erkannt, weil er das Verhalten seines Patienten durchschaut hat, und durch die Nachfrage in Zeile 117 gebrochen. Durch die Frage nach Konkretisierung *ah ja und was ist das* entsteht eine Unterbrechung des Redeflusses vom Patienten, allerdings ohne Überscheidung der Sprecher. Die Intervention ist erfolgreich, denn danach bricht der intendierte Widerstand (*aber*) aus Zeile 116 zusammen und kann nicht weiter ausgeführt werden. Der Handlungsauftrag der Frage *und was ist das* wird angenommen und bearbeitet *ich möchte mein (.) studium abschließen und später meine eigene firma gründen* (Z. 118 + 119). Allerdings kann hier ebenso argumentiert werden, dass der Patient durch die gegebene Antwort auch den Handlungsauftrag der LoF ausführt, da er das sprachliche Material, das Verb *möchten*, des Therapeuten aufnimmt und damit an die Ausdrucksseite der LoF anschließt. Der propositionale Gehalt der LoF wird beantwortet und der Patient formuliert eindeutig zwei langfristige Ziele: Sein Studium beenden, sowie eine eigene Firma gründen. Eine nochmalige Spezifizierungsfrage (Z. 121) des Therapeuten, in der er auf das Gesagte des Patienten eingeht, bringt den sonst eher widerständig reagierenden Patienten dazu einen Lebensplan zu entwerfen, ohne erkennbare Relativierungen oder Widerstände (Z. 123-141). Auch im darauffolgenden Abschnitt, nicht mehr im Beispiel 3 gezeigt, führt der Patient seine Ausführung der eigenen Firma detailliert weiter. Signifikant ist noch die Äußerung *das ist meine Leidenschaft ja [das mach ich seit] (.) [mehr als zehn jahren (jetz)]* (Z. 125 + 126), denn

³⁷ An dieser Stelle kann das Konzept der „go-ahead function“ angebracht werden. Siehe hierzu Maynard (2003).

³⁸ Durch „eigentlich“ wird oftmals eine neue, noch nicht bekannte Information für den Zuhörer eingeführt, die verwendet wird „to focus the attention“ (Harden, 1983, S. 28 und S. 66). Wie es auch hier der Fall ist. Der nächste Turn des Therapeuten anzeigt an, dass die Information neu und unerwartet ist. Weiteres zu dem Partikel „eigentlich“ bei Harden (1983).

dadurch wird ersichtlich, dass der Patient, der in dem ganzen Gespräch als nicht ‚durchhaltefähig‘ erscheint, doch Durchhaltevermögen hat und sich für etwas begeistern kann.

Für dieses Beispiel ist die Therapeuten Intervention in Zeile 117 ausschlaggebend: Sie ist erfolgreich. Der Therapeut hat dadurch bemerkt, dass der ‚widerständige Panzer‘ des Patienten verwundbar ist und somit einen Zugang zu dem Patienten gefunden. Auch Voutilainen und Peräkylä hatten diese Erkenntnis in ihren Studien: „Resistance can be managed through local responses to client’s narration“ (2016, S. 24). Phänomenologisch betrachtet hat die ‚einfache‘ W- Frage *was ist das* mehr bewirkt, als die LoF. Man hätte aufgrund des Vorlaufs, sowie dem allgemeinen Verlauf des Gesprächs und den vorher bereits erwähnten Formulierungen einen deutlichen Widerstand des Patienten erwartet, der aber zunächst nicht eintritt, da eine typ-konforme Antwort gegeben wird, die aber wiederum durch die in Zeile 116 geäußerte Aussage gebrochen und revidiert wird. Der Widerstand des Patienten wird anders als im Beispiel 2 überwunden: Hier reicht eine schnelle Intervention (Nachfrage) des Therapeuten, um diesen zu brechen bzw. es kommt nie zu einer eindeutig widerständigen Äußerung, lediglich der Ansatz durch *aber* lässt auf eine hindeuten. Das heißt, trotz einer schnellen typ-konformen Antwort nach einer LoF kann ein Patient noch widerständig reagieren. Eine ähnliche Beobachtung notierte Peräkylä (2013), der festhielt, dass „patient resistance is not restricted to question-answer sequences: it can occur in any second-position action that patients are involved in“ (S. 566). Es muss also nicht immer sofort eine korrekturbedürftige oder dispräferierte Antwort folgen, die Widerstand anzeigt.

Dem Beispiel 3 ähnlich verhält es sich im folgenden Transkriptausschnitt:

Beispiel 4: *an sich denken* (T2_2 (2); Datei 1, 48:33 Min.)

1 **T** was meinen sie auf welchem weg man (.) +++ sowas
2 (0.24)
3 **T** gewinnen kann für sich
4 (0.91)
5 **P** °h
6 (1.58)
7 **P** ((atmet ein)) eigentlich mehr an sich denken a[ber] hh°
8 **T** [mhh]
9 (0.24)
10 **P** ich kanns noch net
11 **T** (.) m_hm
12 (1.97)
13 **P** net um andre sorgen sondern auch mal wirklich um mich sorgen
14 **T** m_hm
15 (0.2)
16 **T** genau

Dieses Beispiel soll illustrieren, wie ein intendierter und angedeuteter Widerstand nicht nur durch eine gut platzierte Intervention des Therapeuten überwunden werden kann, sondern auch von Patienten alleine. Nach der LoF (Z. 1 – 3) entsteht eine ausgeprägte, ungefüllte Pause von fast zwei Sekunden, die deutlich anzeigt, dass ein Sprecherwechsel folgen soll. Schließlich übernimmt die Patientin den Turn und beginnt, wie in Beispiel 3 mit dem abschwächenden und relativierenden Partikel *eigentlich* (Z. 7). Nach diesem Partikel lässt sich ein Ansatz deuten, der eine präferierte Antwort sein könnte *mehr ans ich denken*, doch dann folgt ein *aber* welches, wie auch in Beispiel 3, Widerstand indiziert und ankündigt. In diesem Beispiel wird die Patientin nicht vom Therapeuten unterbrochen, sondern er nimmt die Aussage lediglich mit einem quittierenden Hörsignal *mhh* (Z. 8) zur Kenntnis; wahrscheinlich stimmt er damit dem *ans ich denken* zu. Man kann hier sehr gut erkennen, dass die Struktur bzw. das Formulierungsmuster das gleiche wie im zweiten Beispiel ist: Zunächst das relativierende Partikel *eigentlich*, gefolgt von einer vorbehaltstragenden Konjunktion *aber*. Nach dieser Konjunktion wird in Zeile 10 tatsächlich ein Vorbehalt formuliert *ich kanns noch net* (Z. 10). Diese Äußerung wird vom Therapeuten unkommentiert gelassen, woraufhin eine 1.97-sekündige Pause folgt, die andeutet, dass der Patient auf eine Reaktion des Therapeuten wartet. Da diese nicht kommt und der Therapeut, unwissenschaftlich und spekulativ gesprochen, den Widerstand ‚aussitzt‘ oder abwartet, übernimmt die Patientin abermals die Sprecherrolle und ergänzt ihren vorherigen Turn *net um andere sorgen sondern auch mal wirklich um mich sorgen* (Z. 13). Damit gibt sie eine optimierte Antwort, welche auch vom Therapeuten als diese anerkannt und mit *genau* (Z. 16) bestätigt wird. Die Patientin hat den Widerstand ohne Intervention (z.B. Nachfrage oder Interpretation) des Therapeuten überwunden bzw. gebrochen.

Obwohl sich die beiden Beispiele in ihrer Struktur ähneln, unterscheiden sie sich in einem wesentlichen Punkt: Wie wird Widerstand bzw. intendierter Widerstand überwunden oder gebrochen. Es wurde aufgezeigt, dass dies entweder durch eine gut platzierte Intervention des Therapeuten geschieht (siehe Beispiel 3), oder durch das ‚Abwarten‘ des Therapeuten, sodass der Patient alleine zu einer optimierten Antwort findet (siehe Beispiel 4).

5.2. ‚NUR‘ WIDERSTAND

Die Kategorie ‚nur‘ Widerstand ist die zweite zu analysierende Kategorie in dieser Arbeit. Das Beispiel 5 zeigt auf, wie der Patient die LoF nicht bearbeitet und deutlich widerständig reagiert. Unter diese Kategorie fallen sechs weitere Transkriptausschnitte. Zu diesem Abschnitt passt der Satz: ‚Vive la resistance‘.

Vor diesem Ausschnitt des Vorlaufs unterhalten sich die beiden Interagierenden abermals über den schulischen und beruflichen Werdegang des Patienten und den Sinn des Lebens, welcher bereits thematisiert wurde. Die LoF stammt aus dem selben Gespräch, wie Beispiel 2 (siehe Abschnitt 5.1.). Der Therapeut wiederholt die Feststellung, welche sie in Beispiel 2 diskutiert haben: Der Patient soll sich nicht von anderen abhängig machen, sondern seinen eigenen Sinn des Lebens und damit auch Weg finden muss.

Vorlauf Beispiel 5: *Studium* (T3_1 (3); Datei 2, 23:43 Min.)

1 **P** ja (1.2) ((schluckt)) ja und dann äh: war_s dann jetz auch so dass
2 ich mich für_n studium beworben hab
3 **T** ((schmatzt)) hm
4 **P** [°hh]
5 **T** [hm]
6 **P** hab den studienplatz auch bekommen des wär jetz im märz losgegan
7 [gen aber]
8 **T** [((schmatzt)) ach ja]
9 **P** °h (.) irgendwie h° ((schmatzt)) °h äh war des jetz alles zu viel
10 was in der letzten zeit passiert is (.) [die]
11 **T** [ja]
12 **P** gedanken die ich mir gemacht hab und ((Einatmen, 1.04 Sek.)) stand
13 dann auch wieder so im zwiespalt soll ich des studium anfangen soll
14 ich äh die therapie anf[angen]
15 **T** [was wär] _s denn sch für_n studium [gewesen]
16 **P** [°h h°]
17 kommunikationsdesign (oder) so hat dann irgendwo auch wieder mit der
18 ausbildung was zu tun
19 **T** °h (0.63) fällt ihnen sowas leicht h°(0.34) ((schmatzt)) °h ich
20 dacht nämlich grade wenn sie sich immer so °h (0.26) fühlen als ob
21 sie_s vielleicht nicht hinkriegen könnten dass es vielleicht auch
22 nich [so: leicht für] sie is oder °h (0.27) [war das nich so] thema
23 **P** [°hh]
24 [hh°]
25 (0.36)
26 **P** ähm (3.0) h° (2.19) also die ausbildung (0.4) in der ausbildung
27 war_s so ich hab dort äh (0.92) °hhh(.) am anfang war ich noch
28 ziemlich desintressiert weil h° auf der realschule war_s eh so dass
29 man: auf lernen kein (.) [kein] bock hatte un eher so: (0.72)
30 **T** [hmmh]

31 **P** noch (.) mit freunden irgendwie rum (.) hängen (.) so im s[inn]
32 **T** [hmhm]
33 **P** hatte un dann °h wurd mir irgendwann bewusst okay des geht jetzt um
34 meine zukunft ich (.) klemm mich dann dahinter [das war]
35 **T** [hmhm]
36 **P** dann so in der mitte der ausbildung (.)°h °h hab dann des gefühl
37 gehabt also (0.22) bevor isch (0.67) äh wusste okay ich muss mich
38 jetzt dahin[ter klem]men hatt ich des gefühl dass ich_s nich schaff
39 **T** [hmhm]
40 **P** un dann °h °h (.) äh hab ich mich extrem dahinter geklemmt sehr viel
41 gelernt un: (0.35) äh mehr mühe gegeben und k[onnt dann] auch
42 **T** [hmhm]
43 **P** die ausbildung so als zweitbester bestehn °hh (0.44) wobei es mich
44 dann schon wieder extrem gestört hat dass ich in mathe öhm
45 ((Lachansatz))
46 **T** hmhm
47 **P** °h (0.46) äh [ne f]ünf hatte ohne des da hätt ich en besten
48 **T** [°h]
49 **P** notenschnitt gehabt
50 (1.8)
51 **T** wer lobt sie denn in solchen situationen
52 **P** °h
53 (0.36)
54 **P** h° ja meine (.) meine familie hat mich ((Sprechansatz))
55 **T** wer denn aus der [familie]
56 **P** [viel] gelobt (0.36) alle eigentlich
57 **T** ja (1.88) hm
58 **P** [ja]
59 **T** [hm]
60 (0.54)
61 **P** ((schmatzt)) aber es_s äh auch wieder so dass ich des lob nich
62 entgegen nehmen konnte also irgendwie °h die ham gesagt äh (0.24)
63 super dass du des geschafft hast un wir sin stolz auf dich und so
64 [un]
65 **T** [hm] hm
66 **P** dann hab dacht ich mir ja °hhh (0.79) ((schmatzt)) gut ich hab des
67 jetzt zwar geschafft aber (1.61) is ja noch lang nich(.) äh
68 entschieden was so in der zukunft passie[rt ode]r °hh
69 **T** [hmhm]
70 **P** (.) wie ich jetzt in der zukunft (.) bestehe oder so und konnt des
71 lob dann gar net irgendwie annehmen un
72 **T** hmhm
73 (0.57)
74 **P** hab_s für mich selber jetzt auch nich als en großen erfolg ges[ehn]
75 **T** [hmhm]
76 **P** (irgendwo)
77 (0.2)

In Zeile 1 bestätigt der Patient die eben genannte Feststellung oder Wiederholung des Ergebnisses aus Beispiel 2 mit dem Antwortpartikel *ja*. Es folgt eine Pause von 1.2 Sekunden, der Patient behält aber die Sprecherrolle und beginnt ein neues Thema. Das heißt, er nimmt nicht abermals das Thema Abhängigkeit auf. Stattdessen erhält der Therapeut eine neue Information von und über den Patienten: *war_s dann jetzt auch so dass ich mich für_n studium beworben hab* (Z.1 + 2). Die Reaktionen des Therapeuten in Zeile 3, 5 und 8 zeigen durch ihre paraverbalen Merkmale (Intonation und Prosodie), dass der Therapeut überrascht ist. Das heißt, durch die Merkmale wird deutlich, dass die Information neu für ihn ist, aber auch, dass er mit dieser nicht gerechnet hätte. Besonders auf die Information, dass der Patient den Studienplatz auch erhalten hat und im März das Studium hätte beginnen können (Z. 6 + 7), reagiert der Therapeut mit einem erstaunten *ach ja* (Z. 8). Das dies unerwartet für den Therapeuten ist, wird auch durch die Überlappung der beiden Sprecher deutlich. Der Turn des Patienten in Zeile 1 + 2 initiiert einen Themenwechsel bzw. Themensetzungsversuch, auf den der Therapeut auch eingeht. In diesem Fall bedeutet das, dass ist die Aussage „proaktiv“ (Spranz-Fogasy, 2010, S. 82) ist. Sie organisiert die nachstehenden „Beiträge in vor allem themen- und handlungsorganisatorischen Hinsichten“ (ibidem.). In Zeile 9 – 14 wird vom Patienten abermals aufgezeigt, wie unsicher er ist *irgendwie h° ((schmatz)) °h äh war das jetzt alles zu viel* (Z. 9). Das Ein- und Ausatmen und das *äh* deuten darauf hin, dass der Patient zögert, ihm das Aussprechen und das damit verbundene Offenbaren seiner Ängste, schwerfällt. Er legt dem Therapeuten dar, dass er in einem *zwiespalt* (Z. 13) stand: Therapie oder Studium. Dadurch, dass der Patient in der Therapie sitzt und der Therapeut in seiner Frage (Z. 15) das Plusquamperfekt im Konjunktiv zwei verwendet (*wär gewesen*), wird ersichtlich, dass er das Studium nicht begonnen hat, sondern die Therapie vorzog. Der Therapeut nimmt den Aspekt des potentiellen Studiums auf und fragt nach Konkretisierung, die er im darauffolgenden Turn vom Patienten erhält (Z. 17 + 18). Diese Antwort nimmt der Therapeut zum Anlass, eine Interpretation seinerseits zu äußern. Daraufhin folgt eine längere Elaboration des Patienten folgt in der die Themen schulische Ausbildung, Noten und damit verbundene Probleme der Selbstanerkennung, sowie Lob und auch ‚Selbstlob‘ angesprochen werden. Nachdem der Patient diese Probleme aus seiner Sicht erörtert hat und der Therapeut größtenteils nur kurze Rückmeldesignale oder Fragen der Spezifikation gestellt hat, folgt schließlich die LoF.

Die Formulierungsdynamik während dieses Vorlaufs ist zögerlich. Es kommt zwar nicht zu ‚Gesprächsflauten‘, aber es gibt immer wieder kleine Pausen, Verzögerungen durch langes Einatmen (z.B. in Z. 27 + 43) und Formulierungsschwierigkeiten (*ähm*, Z. 26 oder *äh*, Z. 61).

Beispiel 5: *Zukunft* (T3_1 (3); Datei 2, 25:57 Min.)

78 **T** ((schmatzt)) °h (.) wo soll_s denn hingehn in der zukunft (.) was
79 möchten sie denn machen
80 (1.11)
81 **P** ja das wüsst ich auch gerne also [(eben)]
82 **T** [hm]
83 (0.76)
84 **T** wie kamen sie denn dann darauf °hh den studiengang sich z für zu
85 bewerben
86 (0.86)
87 **P** °h ((schmatzt)) ähm des war einerseits so dass ich (.)ja wusste okay
88 ich hab da jetzt schon (ne) (.) äh (.) vorerfahrung (.)
89 **T** hm
90 **P** [°hh]
91 **T** [hm]
92 **P** (0.25) durch die ganzen programme die ich gelernt hab un: des
93 zeichnerische un fotografieren (0.58) alles mögliche °hh (0.53)
94 macht mir ja auch spaß h° aber (0.63) irgendwo is es ja auch so
95 dass_s (.) dass_s ja viel mit werbung zu tun hat un[d e]s_s
96 **T** [hmhm]
97 **P** also des find ich irgendwo (0.37) ja werbung widert mich irgendwo an
98 also
99 **T** hm
100 **P** [°hh]
101 **T** [hm]
102 **P** (.) die ganzen medien so beeinflussend sin[de]s: damit hab ich
103 **T** [hmhm]
104 **P** irgendwie_n problem denke auch dass es (.) ähm (0.94) der jugend
105 oder so
106 (0.39)
107 **T** hm[hm]
108 **P** [scha]det also dass denk auch dass es mir irgendwo persönlich
109 geschadet hat oder sch[ade]t °h immer von allen möglichen seiten so
110 **T** [hmhm]
111 **P** zugeknallt zu werden mit irgendwelchen sachen die man angeb[lich]
112 **T** [hm]
113 haben muss oder (0.57) °h
114 **T** hm
115 **P** (.) sein muss können muss (.) und so weiter
116 (1.13)
117 **T** ((schmatzt)) was bleibt (ihnen dann) übrig für sie (0.3) mit der
118 qualifikation

Die LoF (Z. 78 + 79) ist ein komplexer Turn und eine kurze, initiative Äußerung: ((schmatzt)) (.) °h wo soll_s denn hingehn in der zukunft (.) was möchten sie denn machen. Sie ist darüber hinaus thematisch an den beruflichen Kontext gebunden und die lokale Handlungsaufgabe des Patienten ist es, seine Zukunftsperspektiven und Planung zu formulieren

und zu skizzieren. Der Bezugspunkt der LoF ist somit die Zukunftsvorstellung oder -wünsche. Diese Zukunftsorientiertheit ist ein Merkmal von LoFs. Es kommt zu einer Fokusverschiebung: einmal von der Vergangenheit zur Zukunft, als auch von den Noten und der Anerkennung hin zu seinem perspektivischen Werdegang. Durch die Verwendung des Wortes *zukunft* nimmt der Therapeut das, vom Patienten vorher gebrauchte, lexikalische Element auf (siehe Z. 68 + 70) und knüpft somit an den vorherigen Turn des Patienten an³⁹. Das Modalverb *sollen* zeigt die Handlungsaufforderung an den Patienten an. Der Patient wird also durch den Therapeuten, der in diesem Fall eine „höhere Instanz“⁴⁰ ist, angehalten, etwas zu tun. Außerdem markiert das *denn* eine „Folgeerwartung“ (Deppermann, 2008, erwähnt in Kapitel 4.2.1. dieser Arbeit, Analysepunkt 6) des Therapeuten. Das heißt, es ist kausal und stellt eine Antwortverpflichtung und Handlungszwang für den Patienten dar.

Auf die LoF folgt eine 1.11-sekündige Pause (Z. 80), die einen Sprecherwechsel anzeigt, der durch die Übernahme des Rederechts durch den Patienten erfolgt. Ohne Verzögerung verbalisiert der Patient seine Antwort *ja das wüsst ich auch gerne also (eben)* (Z. 81). Der Antwortinitiator *ja* bestätigt hier generell die Annahme der Sprecherrolle und, dass der Patient beabsichtigt eine Antwort zu geben. Die Aussage des Patienten hat eine ähnliche Qualität wie *ich weiß nicht*. Allerdings wird hier der Konjunktiv verwendet, was darauf hindeuten kann, dass er es wirklich nicht weiß, tatsächliches Unwissen⁴¹, es aber gerne wüsste bzw. sich wünschen würde es zu wissen. Außerdem erkennt er durch diese Aussage das Problem an, welches er selbst in Z. 61 – 76 bereits elaboriert hat. Das heißt, ihm ist bewusst, wo das Problem liegt und wie dieses aussieht, allerdings weiß er nicht, wie er es lösen soll. Für diese Annahme sprächen auch die paraverbalen Merkmale der Aussage, die zeigen, dass der Patient verzweifelt und ahnungslos wirkt. Er kann also den gestellten Handlungsauftrag nicht ausführen. Seine Antwort ist daher dispräferiert und kann aus linguistischer Sicht als widerständig angesehen werden. Auffallend ist, dass in der Aussage kein Negationspartikel verwendet wird. Zum einen kann dies daran liegen, dass ein Sprecher immer versucht seine Antwort so zustimmend wie möglich zu formulieren (siehe Kapitel 4.2.3., Pomerantz & Heritage, 2013). Zum anderen, interpretativ gesprochen, kann man infolgedessen sehen, dass der Patient die Agenda des Therapeuten nicht ablehnt. Stattdessen verdeutlicht es, dass der Patient darüber schon nachgedacht hat, jedoch zu

³⁹ Siehe hierzu auch Schegloff (2007).

⁴⁰ Dass der Therapeut eine „höhere Instanz“ ist, wird zum einen dadurch deutlich, dass er das Verb *sollen* gebraucht, zum anderen durch seine institutionelle Rolle per se.

⁴¹ Das Modalitätsverb *wissen* beinhaltet „etwas als Erkenntnis zu Verfügung haben“ (nach einem Denk- oder Erfahrungsprozess) (grammis 2.0. (ids)). In diesem Falle kann festgehalten werden, dass der Patient keine Erkenntnis bezüglich dieses Themas oder Frage zur Verfügung hat, auch nicht nach einem längeren Denkprozess. Es ist also auch ein epistemisches Argument, welches der Patient hier anbringt.

keiner Lösung gekommen ist. Interessant und signifikant ist das kaum hörbare *eben* (Z. 81), welches auf den Diskursmarker *also* folgt. Dieser leitete in den bisherigen Beispielen einen Antwortsatz, der sowohl präferiert als auch dispräferiert sein konnte, ein. Der Partikel *eben*⁴² bezieht sich häufig auf den Prätext. Er markiert und referiert zurück auf das, was schon gesagt wurde und beinhaltet immer etwas Resignierendes, was wiederum die vorhin angesprochenen paraverbalen Merkmale unterstützt. In diesem Fall verweist der Patient dadurch auf seine Aussage in Zeile 68. Das heißt, er gibt dadurch sachlich an, dass er bereits zu diesem Thema etwas gesagt hatte: *is ja noch lang nicht äh entschieden was so in der zukunft passiert*. Es könnte zwar argumentiert werden, dass es hier um ein anderes Thema ging (Lob, Anerkennung und Noten), da aber auch der Therapeut mit seinem sprachlichen Material (*Zukunft*) an diese Aussage anknüpft, ist erkennbar, dass hier eine Verbindung besteht und der Patient durch *eben*, auf die vorherige Aussage in der Zeile 68 verweist. Somit kann an dieser Stelle manifestiert werden, dass es sich bei der Antwort zwar um eine dispräferierte Reaktion handelt, sich der Widerstand jedoch nicht gegen den Therapeuten oder dessen Agenda richtet, sondern gegen das Sachliche bzw. seine Situation, speziell das Problem der Zukunftsplanung.

Den Patienten-Turn quittiert der Therapeut mit einem Hörsignal und es folgt eine kurze Pause. Hier wäre ein Sprecherwechsel möglich, zumal der Patient mit *also* andeutete, dass eine längere Elaboration folgen wird. Dieser Ansatz zur Ausführung, wurde aber durch den Partikel *eben* relativiert. Dieser zeigt an, dass keine weitere Antwort oder Erklärung folgen wird und auch nicht nötig ist, da er auf den Vorlauf verweist und in diesem Prätext bereits das Unwissen des Patienten bezüglich des Themas verbalisiert wurde. Es kommt zu keinem Sprecherwechsel und somit behält der Therapeut das Rederecht und stellt eine *refocusing question*. Mit Hilfe dieser W-Frage (Z. 84 + 85) knüpft der Therapeut an das Thema ‚neues Studium‘ an, welches der Patient selbst zuvor (siehe Z.1) in das Gespräch eingeführt hatte. Somit greift er auf das Material zurück, auf welches der Patient im Vorlauf nicht widerständig reagiert hatte. Um einen Zugang zu dem Patienten zu finden und den Widerstand zu überwinden, versucht der Therapeut durch diese Frage präzisiert zu werden, sodass es leichter für den Patienten wird, eine Lösung zu formulieren. Der Therapeut geht also einen Schritt zurück, um auf diese Weise vorwärtszukommen. Nach einer 0.86-sekündigen Pause und einem Signal für Formulierungsschwierigkeiten *ähm* (Z. 87) beginnt der Patient mit einer scheinbar präferierten Antwort auf die Spezifizierungsfrage. Er deutet in seiner Antwort durch *einerseits* (Z. 87) eine komplexe Figur an, es folgt allerdings kein ‚andererseits‘. Man könnte jedoch

⁴² Genaueres hierzu in der Masterarbeit von Fischer (2017, in Vorbereitung) und bei Diewald (1999b).

spekulieren, dass es sich bei der Aussage *macht mir ja auch spaß* (Z. 94), um den zweiten Teil der komplexen Figur handelt. Der erste Teil der Antwort (komplexen Figur) beinhaltet die Aussage *okay ich hab da jetzt schon (.) äh (.) vorerfahrung* (Z. 87 + 88). Durch diese beiden Argumente *vorerfahrung* (Z. 88) und *spaß* (Z. 94) zeigt der Patient an, dass er zwei gute Gründe hat, wieso er das Studium beginnen wollte. Der Aussage in Zeile 94 schließt er ein *aber* an, welches adversativ ist und Kritik an der Werbung und Gesellschaft per se folgen lässt (Z. 94 – 115), die durch viele vage Formulierungen (*irgendwo/wie*, Z. 94 + 97 + 104) gerahmt ist. Infolge der Kritikausführungen schweift der Patient von dem Thema der Spezifizierungsfrage ab. Der Therapeut lässt ihn gewähren und greift nicht ein. Seine Intervention aus Zeile 84 + 85 scheitert und ist nicht erfolgreich. Anders als in Beispiel 3, wo das Eingreifen durch solch eine Frage den Widerstand abgewendet hat. Schließlich kommt es in Zeile 117 + 118 zu einer nochmaligen LoF, die wiederum das Thema (Zukunftsperspektiven) der LoF aus Zeile 78 + 79 aufgreift und somit eine *rephrasing „question“* ist. Der Therapeut versucht den Patienten wieder zurück zum eigentlich Thema zu leiten und macht ihn außerdem auf seinen Widerstand aufmerksam. Das *rephrasing* indiziert, dass die LoF noch nicht präferiert oder optimiert beantwortet wurde und somit als dispräferiert vom Therapeuten klassifiziert wird. Außerdem signifiziert es, dass Erwartungshaltung vom Therapeuten nicht erfüllt wurde und in gewisser Weise auch Kritik an dem Patienten geübt wird. Es ist anzumerken, dass die LoF aus Zeile 117 + 118 unter die Kategorie 1 fällt und es somit schließlich zu einer optimierten Antwort betreffend des Themas Zukunft kommt. Die abermalige LoF exemplifiziert und betont, dass der Therapeut mit ‚allen Mitteln‘ versucht, den Widerstand des Patienten zu ‚umspielen‘ und zu überwinden.

5.2.1. WEITERE GESPRÄCHSAUSSCHNITTE AUS KATEGORIE 2

Nachdem das vorherige Beispiel 5 gezeigt hat, wie sich ‚nur‘ Widerstand in dem Korpus reflektieren kann, werden im Folgenden noch sechs weitere Datenbeispiele, die ebenfalls in dieser Gruppe einzuordnen sind, dargelegt und beleuchtet.

Der Gesprächsausschnitt T3_2 (3) ähnelt dem Beispiel 6 am meisten. Hier wird mit einer elliptischen Formulierung *wüsst ich gar nich* auf das eigene Unwissen verwiesen. Die Antwort ist kurz und knapp und wird mit dem Antwortpartikel *ja* zwei Turns später noch einmal bekräftigt. Der Patient ist zu keiner Projektion fähig, ähnlich wie in Beispiel 5. Der Therapeut erkennt den Widerstand gegenüber der sachlichen Lage und stellt sofort eine nächste LoF, die schließlich mit einer optimierten Antwort beantwortet wird. Im Gesprächsausschnitt T2_2 (1), sowie T3_2 (2) und T5_2 (2) kommt es jeweils auf unterschiedliche Weise zu einer

Fokusverlagerung, die als widerständig angesehen werden kann. In T2_2(1) spricht die Patientin nur von der Vergangenheit, obwohl der Therapeut nach der Gegenwart bzw. zukunftsausrichtend gefragt hat. Bei dem Ausschnitt T5_2 (2) kommt es zu einer Projektion auf eine dritte Person, d.h. der Patient spricht auf einmal von seinem Cousin und was diesem geholfen hat, anstatt von sich und der Hilfe, die er benötigt. Interessant ist hier, dass der Patient von selbst wieder auf sich zu sprechen kommt und keine sogenanntes „noticing“ (Vehviläinen, 2008, S. 123) des Therapeuten benötigt. „By noticing, the therapists shift the topic towards the client themselves“ (ibidem.) und machen diesen aufmerksam darauf, dass er nicht über sich, sondern eine andere Person gesprochen hat (ibidem.). Dies ist hier aber nicht erforderlich, da der Patient nach kurzer Zeit wieder über sich selbst spricht und es lässt vermuten, dass er die Erfahrungen des Cousins nur als Vergleich bzw. Gegenbild zu sich selbst gebraucht hat. In dem Ausschnitt T3_2 (2) spricht die Patientin, ähnlich wie in T2_2 (1), von der Vergangenheit, anstatt von einer zukunftsorientierten Perspektive. Die darauffolgende Reaktion (Interpretation) des Therapeuten enthält Kritik an der Äußerung der Patientin und weist diese damit daraufhin, dass die Antwort dispräferiert ist und korrekturbedürftig. Die Kritik wird von der Patientin anerkannt, jedoch korrigiert sie ihre Antwort nicht. Ähnlich verhält es sich in Beispiel T3_1 (6). Auch hier wird die dispräferierte Antwort des Patienten vom Therapeuten deutlich kritisiert, jedoch folgt im gleichen Turn ein, vom Therapeuten initiiertes Themenwechsel, sodass der Patient seine Antwort nicht korrigieren kann. In dem ersten Beispiel dieser Arbeit führte die Kritik des Therapeuten dazu, dass der Patient eine optimierte Antwort formuliert. Dies ist in diesen beiden Ausschnitten nicht der Fall. Der Transkriptausschnitt T4_1 (1) fällt in dieser Kategorie ‚etwas aus der Reihe‘, da er der Kategorie 1 sehr ähnelt. Es kommt zunächst einer Antwort, die man als *answer-like response* einordnen könnte. Abseits dessen kommt es allerdings zu keiner optimierten Antwort, sondern der Patient vollzieht einen Fokuswechsel in die Vergangenheit und er ist zu keiner Zukunftsprojektion fähig. Schlussendlich gibt er zu, dass er die, vom Therapeuten suggerierte Agenda, nicht umsetzen kann, woraufhin der Therapeut auf diese Problematik eingeht und eine KeF stellt.

5.2.2. ZWISCHENERGEBNISSE

In Konklusion verifizieren sich folgende kommunikativen Praktiken des Widerstands in dieser Kategorie. Bei den eben aufgeführten Datenbeispielen ist den Patienten keine Zukunftsprojektion möglich, obwohl dies eine der Hauptaufgaben der LoF ist: sie ist zukunftsorientiert. Somit wird durch diesen Punkt deutlich, warum die Beispiele in dieser Kategorie widerständig sind. Sie erfüllen nicht den Handlungsauftrag eine zukunftsgerichtete

Lösung zu entwickeln. Diese kann auch spekulativ sein (siehe Kapitel 2.2.) und muss nicht tatsächlich ausgeführt werden. Dennoch sind die Patienten nicht dazu fähig. Somit kann hervorgehoben werden, dass der zukunftsorientierte Handlungsauftrag in diesen Beispielen von den Patienten als schwierig oder problematisch angesehen wird und sie daher, auf unterschiedliche Weise, widerständig reagieren. Wie in dem analysierten Beispiel 5 eindeutig erkennbar wurde, richtet sich hier der Widerstand gegen das Problem per se, ähnlich wie in Beispiel T3_2 (3). In diesen beiden Fällen wird der Widerstand durch die Verwendung der Sätze *das wüsst ich auch gerne* und *wüsst ich nicht* kommuniziert. Es bedeutet, das tatsächliche Unwissen, welches durch den Konjunktiv begründet werden könnte, ist hier die widerständige und handlungsanalytisch dispräferierte Reaktion. Eine weitere kommunikative Praktik des Widerstands ist die Fokusverschiebung, welche in diesen Beispielen auffällig wurde. Diese Beobachtung knüpft an die vorhin erst genannte an (die Patienten haben Schwierigkeiten mit der Zukunftsprojektion), da die Patienten bei dem Fokuswechsel den zukunftsorientierten Handlungsauftrag ‚ignorieren‘ und stattdessen über die Vergangenheit sprechen. Allerdings kann es nicht nur zu einer Fokusverschiebung von der Gegenwart bzw. Zukunft in die Vergangenheit kommen, sondern auch zu einem Fokuswechsel von sich selbst auf eine dritte Person.

Da die Patienten, trotz Hilfe des Therapeuten, z.B. durch Spezifizierungsfragen, die LoF nicht erfolgreich bearbeiten konnten, kam es entweder zu einem Themenwechsel, oder es wurden eine weitere LoF angeschlossen, durch die dann schließlich eine optimierte Antwort gegeben wurde. Doch anders als in Beispiel 3 aufgezeigt wurde, können die Interventionen des Therapeuten den Widerstand nicht abwenden oder verhindern. Eine ‚Überwindung‘ dieses ist nur durch einen Themenwechsel oder eine abermalige LoF möglich. Dies wiederum demonstriert, dass die vorherigen Reaktionen des Patienten widerständig waren. Ein letzter erwähnenswerter Punkt ist, dass in mehreren Beispielen dieser Kategorie während der Interpretation des Therapeuten Kritik an der Patienten Aussage geübt wurde. Dies führte in Beispiel 2 dazu, dass der Patient eine optimierte Antwort formulierte. Nichtsdestotrotz bleiben die Patienten in dieser Kategorie widerständig und es folgt keine optimierte Antwort und somit weisen alle sieben Gesprächsausschnitte durchgehenden Widerstand auf.

Die Antworten in dieser Kategorie definiert MacMartin als *non-answer responses* (S. 89). Häufig enthalten diese Beschwerden oder auch Ablehnungen gegenüber gewissen Aspekten und Inhalten der Frage, aber auch der Agenda, sowie dem supponierten Handlungszwang. Diese Beobachtungen schlugen sich auch in den untersuchten Daten dieser Arbeit nieder. Außerdem investigierte sie ebenfalls, dass Widerstand in dieser Kategorie

leichter erkennbar ist, da die Patienten direkt und deutlich ihre Unfähigkeit oder Widerwilligkeit wiedergeben (S. 89), z.B. durch Formulierung: *das wüsst ich auch gerne.*

5.3. KEIN ODER KAUM WIDERSTAND (T4_2 (2))

Diese Kategorie ist nicht einfach zu fassen, denn wie lässt sich ‚kein Widerstand‘ definieren? Und kann man überhaupt festlegen, dass es gar keinen Widerstand gibt? Folgend demonstriert das Beispiel 6, wie ein Gesprächsausschnitt in dieser Kategorie aussehen könnte. Es ist einfacher von ‚kaum‘ Widerstand zu sprechen, also von ‚kein‘ Widerstand. Insgesamt konnten 4 Ausschnitte aus dem Korpus entnommen werden, die in diese Gruppe passen. Eines der Beispiele wird hier illustriert, analysiert und Regularitäten und (strukturelle) Muster der Gruppe werden definiert. An dieser Stelle kann also schon einmal festgehalten werden, dass LoFs nicht grundsätzlich Widerstand hervorrufen.

Zunächst der Vorlauf des Ausschnittes. Dieser wird in diesem Fall kurzgehalten, weil er keine relevanten Informationen enthält, auf die während der Analyse referiert werden müsste. Es wird nur ein kleiner Teil dargestellt, um ein auffallendes und markantes Merkmal, aufzeigen zu können: Die Sequenzen vor der LoF sind mit vielen Pausen gespickt, welche oftmals deutlich länger als 2 Sekunden sind. Das zentrale Thema, welches vor diesem Abschnitt besprochen wurde, war der Verlust der Zwillingsschwester im Mutterleib und, dass der Patient nichts dagegen tun konnte. Die Belastung dieser Tatsache ist noch sehr präsent.

Vorlauf zu Beispiel 6: *erste stationäre Psychotherapie* (T4_2 (2); Datei 1, 01:02:56h)

```
1 T da wüncst man sich halt jemand ne dass jemand (.) irgendwie auch
2 (1.27)
3 T irgend_ne art von verbundenheit oder stetichkeit
4 (0.75)
5 P ((schnalzt)) ja
6 [h° ]
7 T [gib]t (.) oder n menschen (mit dem) des so is ne
8 P ((schmatzt)) n gegenstück einfach
9 (0.56)
10 T ((schmatzt)) ja
11 (0.3)
12 T genau
13 (1.26)
14 P h°
15 (0.26)
16 P ((schmatzt)) ja
```

17 (0.61)
 18 **T** hm hm
 19 (5.45)
 20 **T** °h
 21 (3.46)
 22 **T** °h un_des heißt aber dass sie jetzt (.) praktisch die
 23 (0.24)
 24 **T** die erste stationäre psychotherapie (.) un_das is
 25 (0.36)
 26 **T** (dann) auch (.) °h der kontakt mi_m herrn mittermeier is der kontakt
 27 mit dem
 28 (0.58)
 29 **T** psychiater und neurologen k
 30 (0.38)
 31 **T** °h
 32 (1.98)

Durch die Interpretation oder Formulation des Therapeuten in Zeile 1 + 3 + 7 wird der Patient motiviert und angeregt einen ‚Herzenswunsch‘ zu offenbaren *n gegenstück* (Z. 8). Nach dieser Offenbarung oder Wunschäußerung, kommt es zu einer zögerlichen Dynamik zwischen den Interagierenden. Es entstehen immer wieder kürzere Pausen, von unter oder knapp einer Sekunde, und es folgen nur noch vereinzelte Ratifikationssignale von beiden Seiten *ja* (Z. 10), *genau* (Z. 12), *schmatzen* und *ja* (Z. 16) und *hm hm* (Z. 18). Man könnte hier sagen, es herrscht eine Gesprächsflaute zwischen den beiden Parteien. Neben der zögerlichen Dynamik ist auffällig, dass im Vorlauf kein konkreter Widerstand verbalisiert wurde. Wobei man die Pausen und das damit verbundene Schweigen auch als teilweise widerständig ansehen könnte. Die kurzen affirmierenden Antworten des Patienten sind zwar typ-konform, aber er zeigt keine weiteren Absichten, die Antworten auszuführen, obwohl die zwischenzeitigen Pausen einen Turnwechsel andeuten, z.B. die 1.26-sekündige Pause in Zeile 13. Auch das dann folgende *hm hm* des Therapeuten animiert den Patienten nicht zu zusätzlichen, genaueren Ausführungen. Markant sind die nachstehenden Pausen von 5,45 und 3,46 Sekunden (Z. 19 + 21). Der Therapeut wartet ab, als wollte er, ähnlich wie in Beispiel 3, das Schweigen des Patienten ‚aussitzen‘, doch der Patient übernimmt das Rederecht nicht. Schließlich nimmt der Therapeut die Sprecherrolle in Zeile 22 an und bricht damit die Gesprächsflaute ab. Es kommt zu einem thematischen Wechsel: von dem frühen Verlust der Zwillingsschwester zu der ersten stationären therapeutischen Behandlung (Z. 24). Durch diese Feststellung leitet der Therapeut die LoF, welche typischerweise zukunftsorientiert ist, ein.

Beispiel 6: ambulante Hilfe und Weiterentwicklung (T4_2 (2); Datei 1, 01:03:36h)

33 **T** un wie soll_s weiter gehen
34 (0.22)
35 **P** h°
36 **T** psychotherapeutisch (haben sie da) ne idee
37 (1.97)
38 **P** h° °hhh also
39 (0.49)
40 **P** ich denk auf jeden fall
41 (0.38)
42 **P** dass es ambulant weitergehen hh° sollte für ne gewisse zeit
43 (0.34)
44 **P** °hhh
45 **T** hmhm
46 (2.0)
47 **P** ((ausatmen, 1.83 Sek.))
48 (0.72)
49 **P** ((schmatzt)) ja es is halt jetzt auch noch die frage wie (.) inwieweit
50 sich
51 (0.41)
52 **P** i[n der zeit] wo ich noch hier bin (.) was sich da tut u[nd]
53 **T** [hmhm]
54 **T** [hm]hm
55 (1.1)
56 **P** ja was wird (nachher) vielleicht noch rauskommen [h° wie] ich damit
57 **T** [hm hm]
58 **P** umgeh also einfach wie sich (.) die sache [entwickelt]
59 [((Hintergrundgeräusch))]
60 **T** hm hm
61 (0.42)
62 **P** es is no[ch das is] für mich (.) nich ganz (.) schlüssig weil ich
63 [((Hintergrundgeräusch))]
64 **P** nich weiß wo ich stehe und °hhh
65 (0.68)
66 **T** hm hm
67 (1.35)
68 **P** ja alles zu ordnen is (.) hh° für mich einfach schwierig
69 (0.61)
70 **T** hm hm
71 **P** weil mir teilweise auch (.) immer noch der
72 (2.15)
73 **P** zugang (.) also zu meiner emotionalen ebene
74 (0.41)
75 **P** teilweise echt noch
76 (0.3)

77 **P** ziemlich verschlossen is teilweise auch wieder da is und ziemlich
78 (0.25)
79 **P** krass wieder da is
80 **T** (.) hm hm
81 **P** ((Einatmen, 1.34 Sek.))
82 (1.04)
83 **P** ja und ic[h bin
84 **T** [((Einatmen, 1.33 Sek.))
85 **T** und wie macht sich der zugang bemerkbar
86 (1.84)
87 **T** hhh°
88 (0.38)
89 **T** ((schluckt)) h°
90 (1.15)
91 **T** wenn sie sagen der is krass wieder da h° ((schluckt))

Wie bereits eben erwähnt, ist die LoF (Z. 33 + 36) auch in diesem Beispiel zukunftsorientiert, außerdem ist sie thematisch-kontextuell an das Gespräch gebunden und der Patient erhält einen Handlungsauftrag: Das Skizzieren einer Idee, wie seine weitere Behandlung aussehen könnte. Der Bezugspunkt ist also das fortlaufende psychotherapeutische Heilverfahren des Patienten.

Nach der LoF in Zeile 37 folgt eine fast 2-sekündige Pause. Alle Pausen, die über zwei Sekunden lang sind, wurden bisher als ausgeprägte Pausen bezeichnet, allerdings ist diese Pause ‚nur‘ 1.97 Sekunden lang. Man könnte die Pause als Zeichen als Verzögerungssignal, aber auch als Denkpause lesen. Sie zeigt auf jeden Fall ‚Anlaufschwierigkeiten‘ an. Der Turn des Patienten in Zeile 38 beginnt mit mehrmaligen, deutlichen Einatmen, woraus man schließen kann, dass der Patient zögert und die Antwort ihm nicht leichtfällt. Daher könnte die Pause vorher von ihm zum Nachdenken genutzt worden sein: Spekulativ gesprochen über z.B. mögliche Antwort- oder Formulierungsmöglichkeiten, aber sie kann auch als Verzögerungssignal gedeutet werden. Durch das Einatmen wird die Patientenantwort eingeleitet, die dann mit dem Eingangssignal *also* (Z. 38) beginnt. Hier wird *also* als ‚ein Konjunktoren benutzt, der den (meistens syntaktisch selbständigen) Turn des [...] [Patienten] [...] mit dem Vorgängerturn verknüpft‘ (Deppermann & Helmer, 2013, S. 13). Das *also* zeigt in diesem Fall an, dass auch ‚inhaltlich-konnexiv‘ (ibidem.) an dem vorangegangenen Turn angeschlossen wird. Auf dieses Eingangssignal folgt eine 0.49 Sekunden Pause (Z. 39). Wie diese zu lesen ist, ist schwer zu sagen, man kann abermals nur spekulieren, dass sie z.B. zum Nachdenken einer Formulierung dienen könnte oder einen Sprecherwechsel andeutet. Zu

diesem kommt es aber nicht, sondern der Patient behält die Sprecherrolle. Der Turn des Patienten ist sehr interessant, da er auf der einen Seite ein kognitives Verb *denken* enthält, aber auf der anderen Seite die Phrase *auf jeden fall* (Z. 40). Das kognitive Verb *denk* (Z. 40) verklausuliert (*hedged*) und schwächt meistens nachfolgende Aussage ab. Wohingegen die Phrase *auf jeden fall* mit dem Synonym ‚unbedingt‘ oder ‚definitiv‘ ersetzt werden könnte. Beide Wörter zeigen an, dass sich der Patient sehr sicher ist mit seiner anschließenden Äußerung – bezogen auf den propositionalen Gehalt der Aussage. Er verdeutlicht mit der Phrase, dass er eine klare Vorstellung bzw. Idee hat von der fortlaufenden Therapie. Daher kann das *auf jeden fall* in diesem Turn als bestärkendes Anzeichen, welches auf eine präferierte Antwort hindeutet, gelesen werden (siehe Pomerantz & Heritage, 2013, S. 214). Auf diesen Turn folgt abermals eine kurze Pause (Z. 41). In dem darauffolgenden Turn (Z. 42) gibt der Patient eine präferierte Antwort. Sowohl inhaltlich, als auch strukturell: *dass es ambulant weitergehen hh° sollte für ne gewisse zeit*. Das *wie*, also der propositionale Gehalt, der LoF wird durch das *ambulant* beantwortet. Dadurch, dass der Patient das sprachliche Material des Therapeuten aufnimmt, die zwei Verben *weitergehen* und *sollen* (Z. 42), passt die Antwort unproblematisch zur Frage: strukturell und formal. Somit kann an dieser Stelle manifestiert werden, dass *auf jeden Fall* eine Einleitung für eine bekräftigende, präferierte Antwort sein kann. Der Patient beantwortet die Frage des Therapeuten, gibt allerdings auch noch eine zusätzliche, eher vage Zeitangabe *für ne gewisse zeit*. Es entsteht der Eindruck, dass der Patient sich noch nicht sicher ist, wie lange er noch psychotherapeutische Begleitung braucht. Eine Begründung für diese ungewisse Zeitangabe wird im nächsten Turn von Patienten gegeben (Z. 49 – 57). Durch diese beiden Turns wird deutlich, wie vage der Patient seine Zukunft entgegenschaut. Die Antwort (Z. 42) des Patienten wird vom Therapeuten mit einem Hörersignal *hmhm* (Z. 45) quittiert. Es folgt eine ausgeprägte Pause (Z. 46) und der Patient atmet hörbar aus (Z. 47), was als zögerlich und auch unsicher gedeutet werden kann. Es erscheint so, als würde der Patient auf eine weitere Reaktion des Therapeuten warten, dieser hingegen wartet ab, ob der Patient noch etwas ergänzt. Die Pause und das Zögern kann außerdem auch als Indiz für die dann folgende Vag- und Unsicherheit der nächsten Aussagen bezüglich seiner Zukunft (Z. 49 – 57) gesehen werden. In Zeile 49 ergreift der Patient die Sprecherrolle und knüpft an seine vorherige Aussage an. Er beginnt eine Elaboration von Problemen, die entstehen könnten und zeigt auf, welche Bedenken (*was wird vielleicht noch rauskommen*, Z. 56 oder auch *wie ich damit umgeh also einfach wie sich die sache entwickelt*, Z. 57) er hat und verteidigt hierbei auch implizit die vorherig vage Formulierung *ne gewisse Zeit* (Z. 42). In diesen Turns wechselt er zur gegenwärtigen Situation und Therapie. Er

formuliert, dass er sehr unsicher ist und nicht genau weiß wohin alles führen wird: *es is no[ch das is] für mich (.) nich ganz (.) schlüssig weil ich nich weiß wo ich stehe und °hhh* (Z. 62 + 63). Durch die Unsicherheiten und Hilflosigkeit die er äußert, wird seine Aussage in Zeile 42 umso relevanter. Es wird deutlich, dass es sehr wichtig für ihn wäre mit einer Therapie fortzufahren, um seine Probleme zu lösen. Ab Zeile circa Zeile 68 könnte man davon sprechen, dass der Patient beginnt eher objektiv zu äußern, was allgemein schwierig an der (seiner) Lage (*sache*, Z. 57) ist. Außerdem wird aufgezeigt, wo noch Ansatzpunkte und Handlungsaufgaben für den Therapeuten liegen. Auf den einen Ansatzpunkt *der zugang* (Z. 73) zur emotionalen Ebene geht der Therapeut in Zeile 85 konkreter ein. Der Therapeut hat also durch die LoF einen Zutritt zu dem Patienten gefunden und damit weitere noch genauer zu explorierende Themengebiete ‚freigelegt‘ und eröffnet. Die LoF wurde somit erfolgreich bearbeitet und kann als sehr hilfreich angesehen werden.

5.3.1. WEITERE GESPRÄCHSAUSSCHNITTE AUS KATEGORIE 3

In diese Kategorie lassen sich noch drei weitere Gesprächsausschnitte einordnen: T4_2 (1), T5_1 (1) und T5_2 (1). Folgend werden die Ähnlichkeiten dieser vier Gesprächsausschnitte aufgezählt. Bei allen Transkripten ist es auffällig, dass nach der LoF zunächst Pausen entstehen, teilweise sehr ausgeprägte Pausen von über sechs Sekunden. Oftmals kommt es dann zu Verzögerungssignalen wie *hm*, deutlichem Einatmen und Schluckgeräuschen. Diese Merkmale könnten dazu dienen Formulierungen zu finden bzw. sich auf eine Formulierung festzulegen. Deutlich wird dadurch, dass der Patient zögerlich reagiert und Zeit gewonnen wird. In den Vorläufen dieser Ausschnitte kommt es teilweise zu widerständigen Aussagen wie *ich weiß es ehrlich gesagt nicht* oder *ich kanns ihnen nicht beantworten*, die aber keine Auswirkung auf die Bearbeitung der LoF haben. Die Formulierungsdynamiken in den Vorläufen ist bei allen stockend und zögerlich, es entstehen immer wieder Pausen, die meistens mehrere Sekunden lang sind. Auch die Antwort-Sequenzen sind nicht flüssig, aber es kommt bei allen Gesprächssequenzen zu einer präferierten Antwort, ohne eine Intervention des Therapeuten. Bei zwei der Ausschnitte (T5_1 (1) + T5_2 (1)) kommt es durch Modalpartikel⁴³ wie *vielleicht* und *einfach* zu einer Relativierung und Herabstufung des Gesagten, aber die Antwort kann dennoch als präferiert angesehen werden.

⁴³ Modalpartikel können, aber müssen Aussagen nicht abschwächen oder beschränken (Müller, 2014, S. 5; Krivosov, 1977, S. 22). Jedoch wird durch die Kontexte ersichtlich, dass sie in dieser Arbeit eine relativierende und herabstufende Funktion habe. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass „die lexikalische Bedeutung der Partikel [...] im Ausdruck der Emotionen oder der Einstellung des Sprechenden zum Gesagten [besteht]“ (Krivosov, 1977, S. 16). Genaueres zu Modalpartikeln siehe Müller (2014) und Krivosov (1977).

5.3.2. ZWISCHENERGEBNISSE

Die Therapeuten warten die Antworten der Patienten ab, ohne zu intervenieren und ermutigen die Patienten an den passenden Stellen mit Rezeptionssignalen weiterzusprechen. Von Bedeutung scheint, dass das sprachliche Material (lexikalische Elemente) aus der LoF von den Patienten in den Antworten wieder aufgenommen wird und sie somit aufzeigen, dass sie die Frage verstanden haben und versuchen sie präferiert zu beantworten. Somit passen die Antworten strukturell und formal zu den Fragen. Letztlich ist noch anzumerken, dass die Sequenzen jeweils mit einer Nachfrage, nach einem bestimmten Aspekt der gegebenen (präferierten) Antwort enden. Der Therapeut regt damit den Patienten an, einen Punkt der Antwort weiter zu elaborieren oder zu konkretisieren. Die Antworten oder Reaktionen der Patienten, die in dieser Kategorie gegeben werden, nennt man auch „reduzierte Antworten, also solche, die tatsächlich im linguistisch engeren Sinne nur ‚bei der Frage bleiben‘“ (Spranz-Fogasy, 2010, S. 82). Letztlich werden die Antworten vom Therapeuten auch als adäquat angesehen und es bedarf kein weiteres Nachfragen. In Beispiel 6 war dies auch ersichtlich: Erst nachdem vom Patienten ein weiteres Thema (Zugang zur emotionalen Ebene) eingeführt wurde, stellt der Therapeut erneut eine auf diesen Kontext bezogene Frage.

6. ERGEBNISSE

Resultierend aus den Analysen werden im Verlauf dieses Kapitels die elementarsten und relevantesten Erkenntnisse und Beobachtungen der Masterarbeit aufgeführt. Zunächst werden meine Ergebnisse zusammengefasst aufgeführt und es wird noch einmal genauer auf die Reaktionen des Therapeuten eingegangen, da diese oftmals ausschlaggebend sind, um widerständige Reaktion der Patienten zu ‚brechen‘ oder abzuwenden. Dann werden die bisher noch nicht aufgenommenen Aspekte aus den Kapiteln Forschungsgegenstände und Methodik skizziert und mit meinen Ergebnissen verglichen. Eine wichtige Anmerkung ist, dass alle Antworten, die in den Analysen als dispräferiert kategorisiert worden sind, aus linguistischer Sicht Widerstand sind. Im Folgenden werden die genaueren linguistischen Merkmale dieser dispräferierten Antworten aufgezeigt.

6.1. RESULTATE DIESER ARBEIT

In den zwei anschließenden Unterpunkten (6.1.1. und 6.1.2.) wurden die wichtigsten Beobachtungen aus den fünf Analysen des vorangegangenen Kapitels kollektiv resümiert. Diese Ergebnisse versuchen die bisherigen, noch geringen Untersuchungen von linguistischen Widerstand zu ergänzen und zu erweitern. In den einzelnen Analysen wird aufgezeigt, wie es zu diesen Erkenntnissen kam, hier jedoch werden nur die Resultate festgehalten.

6.1.1. KOMMUNIKATIVE PRAKTIKEN DES WIDERSTANDS IN MEINEN ANALYSEN

Die Analyse der **Kategorie 1** hat ergeben, dass eine kommunikative Praktik des Widerstands ist, verzögernd, z.B. durch Wort- bzw. Fragewiederholung, zu antworten. Das heißt, die Patienten formulieren ihre Antwort zögerlich, wie in dem aufgeführten Beispiel 2 z.B. mit dem Konjunktiv oder einer unentschlossenen und verhaltenen Fragewiederholung. In diesem Fall enthält die Antwort also nicht die geforderten Informationen. Zudem sind die Informationen, die gegeben werden, nicht passend zur Frage. Eine weitere signifikante Widerstandspraktik ist die Ablehnung der Agenda des Therapeuten durch Formulierungen (TCU) wie *ob ich das jemals [...] kann* oder *ich weiß auch nich ob ich_s [...] will*. Der Patient stellt durch die erste Aussage den Veränderungsprozess in sich selbst per se in Frage. Der linguistische Widerstand wird hier besonders durch das Formulierungsmuster „ob (ich)... jemals“ hervorgehoben. Die zweite Aussage markiert eine Fokusverschiebung: Von der Veränderungsfähigkeit (können) zur Unfähigkeit (wollen). Diese dispräferierten Antworten des Patienten in Beispiel 2 sind nach MacMartin (2008) kategorisierbar in *answer-like response*,

speziell *refocusing response* (siehe Abschnitt 4.2.3). Anzumerken ist noch, dass der Widerstand in diesem Beispiel erwartbar war. Im Vorlauf wurde schon ersichtlich, dass der Patient widerständig reagieren könnte. Das heißt, der Vorlauf kann schon Aufschluss darüber geben, ob ein Patient handlungsanalytisch dispräferiert reagieren wird. Markant an diesem Beispiel war, dass der Patient zwei Mal eine widerständige Aussage äußerte und beim zweiten in seinem zweiten Turn die Agenda des Therapeuten ablehnte. Diese Reaktion kann als „negative attitude“ (siehe Tabelle 1, Abschnitt 2.2.2.) nach Kavanagh, Gabrielson und Chamberlain (1982a) kategorisiert werden. Unter diese Kategorien fallen, laut der Verfasser des CRC, alle Antworten, „[which] indicat[e] unwillingness/inability to cooperate with the therapist’s suggestions“ (siehe Tabelle 1, Abschnitt 2.2.2.).

In Beispiel 2 kritisiert der Therapeut die Patientenaussage in einer Interpretation. Diese Interpretation kann als ‚Überspitzung‘ der Problemdarstellung bezeichnet werden. Er zeigt dem Patienten damit auf, welche Folgen seine Nicht-Veränderung hätten und verdeutlicht, dass er die Patienten-Antwort als problematisch und somit dispräferiert ansieht. Die Interpretation ist eine Reformulierung der Problemdarstellung, welche dadurch verstärkt und weiter elaboriert wird. Diese bildliche und plastische Darstellung der Folgen führt zu einer optimierten Antwort des Patienten, die strukturell und formal als solche erkennbar ist, auch wenn die Antwort in Bezug auf den propositionalen Gehalt als dezidiert angesehen werden kann. Diese Interpretationen führen jedoch nicht immer zu optimierten Antworten in dieser Kategorie. In manchen Sequenzen leiten Strategien wie z.B. eine Beispiel-Nachfrage die optimierte Antwort ein. Interessant ist, dass bei einer Sequenz die Interpretation abgelehnt wird und es dennoch zu einer optimierten Antwort kommt

Das zweite analysierte Beispiel zeigt, dass es, obwohl es zunächst zu einer typkonformen Antwort kommt, Widerstand folgen kann. Peräkylä (2013) notierte eine ähnliche Beobachtung, die besagt, dass es auch erst im zweiten oder dritten Turn des Patienten zu Widerstand kommen kann (S. 566). Widerstand ist somit nicht an die erste Antwort des Patienten nach der Frage gebunden. Ebenso verhält es sich in dem aufgeführten Beispiel 3. Erst im zweiten Turn des Patienten wird sein habitualisierter Widerstand durch die Formulierung „eigentlich [...] aber“ ersichtlich. Die adversative Konjunktion *aber* impliziert hier die Praktik des Widerstands. Linguistisch betrachtet zeigt sie an, dass eine widerständige Reaktion folgen wird. Mit *eigentlich*⁴⁴ relativiert der Patient im Vorhinein seine Antwort bzw. den Sachverhalt,

⁴⁴ Aber nicht nur *aber* impliziert Widerstand, denn hier lässt sich die von Harden genannte Beobachtung von Weydt (1969) anbringen, dass *eigentlich* „always indicates an opposition between ideas, thoughts or concepts“ (1983, S. 62). Das heißt, *eigentlich* deutet schon an oder leitet ein, dass der Patient, in Beispiel 3 & 4, gegenüber

der dann folgt. Ähnlich wie beim zweiten Beispiel war der Widerstand aufgrund des Vorlaufs erwartbar. Durch das Beispiel 4 wird gezeigt, dass das Formulierungsmuster „eigentlich [...] aber“ auch direkt als Widerstandspraktik verwendet werden kann, ohne eine typ-konforme Antwort zuvor.

Der Therapeut erkennt den automatisierten Widerstand von dem Patienten und verhindert den intendierten Widerstand, indem er eine Präzisionsfrage stellt. Durch diese Intervention wurde der Widerstand abgewendet, denn der Patient reagiert nicht widerständig auf die Nachfrage des Therapeuten. Der Therapeut hat also realisiert, wie der Panzer des Patienten ‚verwundbar‘ ist und so Zugang zu dem Patienten gefunden. Voutilainen und Peräkylä (2016) hatten die gleiche Erkenntnis: Widerstand kann durch eine direkt, lokal anschließende Reaktion des Therapeuten, in diesem Fall eine Nachfrage, bewältigt werden (S. 24). Es kann also für dieses Beispiel festgehalten werden, dass eine einfache W-Frage in diesem Fall mehr bewirkt, als die davor gestellte LoF; schließlich kommt es erst nach der Präzisionsfrage zu einer optimierten Antwort. Beim vierten Beispiel konnte man jedoch sehen, dass auch eine Intervention des Therapeuten nicht immer nötig ist. Hier wartet der Therapeut, obwohl durch *aber* ein Widerstand angekündigt wird, ab und es kommt schließlich ohne Intervenieren des Therapeuten zu einer optimierten Antwort.

Manifestieren lässt sich durch die beiden analysierten Beispiele (3 + 4), dass das Formulierungsmuster „eigentlich ... aber“ Widerstand indiziert und intendiert.

Durch die Analyse des Gesprächsausschnitts in der **zweiten Kategorie** sind folgende Resultate festzuhalten. Die kommunikative Praktik des Widerstands ist in diesem Beispiel die Aussage (TCU) „das wüsst ich auch gerne (eben)“⁴⁵. Dadurch wird die eigene Ungewissheit dargelegt und der Handlungsauftrag wird durch diese Antwort nicht ausgeführt. Die angeforderten Informationen werden nicht gegeben und somit ist die Antwort handlungsanalytisch betrachtet dispräferiert und aus linguistischer Sicht widerständig. Auffallend ist in dem Beispiel, dass kein Negationspartikel verwendet wird. Dies könnte daran liegen, dass zum einen Antworten so zustimmend wie möglich formuliert werden (siehe Abschnitt 4.2.3.) und zum anderen zeigt es implizit an, dass sich der Patient wünschen würde, die Antwort zu kennen und auch bereits darüber nachgedacht, aber bisher keine Lösung

einem bestimmten Sachverhalt einen Widerstand sieht bzw. eine weitere Problematik, die er mit *aber* weiterführen würde, wenn die Intervention vom Therapeuten nicht folgen würde. Dieser, schon in *eigentlich*, markierte Widerstand wird dann durch *aber* noch verdeutlicht. Somit können beide Wörter auch unabhängig von einander in bestimmten Kontexten widerständige Reaktionen indizieren.

⁴⁵ Weitere elliptische Formulierungen in dieser Kategorie sind „wüsst ich gar nich“ oder „weiß ich no net“.

gefunden hat. Hierbei ist zu beachten, dass der Patient die Agenda nicht ablehnt. Durch den Partikel *eben* in der Aussage verweist er auf seine vorherige Aussage im Prätext (hier Vorlauf von Beispiel 3) und markiert damit, dass sich sein Widerstand nicht gegen den Therapeuten oder dessen Agenda richtet, sondern gegen seine eigene Situation bzw. das sachliche Problem der ungewissen Zukunftsplanung. Durch eine *refocusing question* versucht der Therapeut den Widerstand des Patienten zu umgehen. Er greift mit der Spezifizierungsfrage ein Thema auf, welches vorher selbst vom Patienten eingeführt worden ist und auf welches der Patient nicht widerständig reagiert hat. Der Therapeut versucht zum einen durch diesen Rückbezug sich wieder auf ‚sicheres‘ Terrain zu begeben, gleichzeitig aber auch vorwärtszukommen und den Widerstand so zu umgehen. Er scheitert jedoch mit seiner Intervention. Es folgt eine abermalig LoF, die eine *rephrasing „question“* ist. Mit Hilfe dieser Frage versucht der Therapeut erstens den Patienten zurück zum eigentlich Thema zu leiten und zweitens indiziert das *rephrasing*, dass die Antworten von dem Patienten vorher inadäquat und dispräferiert waren.

Eine weitere Praktik des Widerstands war in dieser Kategorie die Fokusverschiebung. Entweder wurde von der Gegenwart bzw. Zukunft in die Vergangenheit, oder von sich zu einer dritten Person gewechselt. Diese Praktik wird von Kavanagh, Gabrielson und Chamberlain (1982a) unter der widerständigen Kategorie „own agenda“ (siehe Tabelle 1, Abschnitt 2.2.2.) in ihrem CRC eingestuft. In diese Kategorie werden die Antworten eingeteilt, in denen die Patienten neue Themen, oder, wie in diesem Fall, einen anderen Fokus in die Diskussion einführen. Dies tun sie, um zu vermeiden über das vom Therapeuten eingeführte Thema zu sprechen.

Bei allen Beispielen in dieser Kategorie ist der Patient zu keiner Zukunftsprojektion fähig, somit werden die Handlungsaufträge der LoF, die immer zukunftsorientiert sind, nicht ausgeführt und die Reaktionen der Patienten sind eindeutig durchgehend widerständig. MacMartin bezeichnet diese, deutlich nicht präferierten Antworten, als *non-answer responses* (S. 85). Sie sind leicht erkennbar, da die Patienten deutlich und direkt ihre Unfähigkeit und ihren Widerwillen darlegen.

Der Therapeut versucht mit diversen Methode, wie *refocusing* und deutlicher Kritik an den Patientenreaktionen, den Widerstand zu überwinden, scheitert jedoch. Nach dem ‚Scheitern‘ folgt ein Themenwechsel oder eine weitere LoF. Besonders wenn eine abermalige LoF (*rephrasing „question“*) folgt, wird deutlich, dass der Widerstand in diesem Sequenzausschnitt nicht überwunden wurde. Diese abermalige LoF zeigt außerdem auf, dass der Therapeut die Ausgangsfrage (erste LoF) immer noch für relevant hält. Er „recycelt“ (siehe MacMartin, 2008, S. 94) sie, um weiterhin mit dem Patienten zu interagieren und wodurch er

dann schließlich versucht die geforderten Informationen zu erhalten, auf die er in der ganzen Sequenz hingearbeitet hat (Vehviläinen, 2008, S. 129).

Die **Kategorie 3** wird hier nur kurz angeschnitten, da es dafür sehr wenige Gesprächsausschnitte gibt und in diesen Beispielen eine präferierte Antwort gegeben wird und kein Widerstand ersichtlich ist. Dennoch ist es interessant zu sehen, wie eine präferierte Antwort formatiert ist, um vergleichen zu können, inwieweit sie sich von dispräferierten unterscheidet. Durch die Analyse des Gesprächsausschnitts konnte festgestellt werden, dass die Phrase „auf jeden Fall“ ein Indikator für eine präferierte Antwort sein kann. Sie bestärkt die dann folgende Aussage, die als präferierte Antwort einzuordnen ist. In den wenigen Beispielen dieser Kategorie wird das sprachliche Material aus der LoF in die Antwort aufgenommen, was einerseits zeigt, dass der Patient die Frage verstanden hat, andererseits, dass er sie präferiert beantworten will: strukturell, formal und mit den angeforderten, relevanten Informationen. Spranz-Fogasy (2010) definiert diese Antworten als „reduzierte Antworten“ (S. 82) und bei MacMartin (2008) sind dies die eindeutig „präferierten Antworten“ (S. 214).

Auffallend ist, dass nach den LoFs in dieser Kategorie meistens eine längere Pause entsteht, dann aber eine präferierte Antwort gegeben wird. Das heißt, längere Pausen müssen nicht immer ein Indikator für Widerstand sein, wie Vehviläinen (2008, S. 132) annimmt. In diesen Beispielen können sie – spekulativ gesprochen – dazu dienen Formulierungen zu finden oder über die passende Antwort nachzudenken. Jedoch wird auch in dieser Arbeit aufgezeigt, dass manche ausgeprägten Pausen widerständig zu deuten sind. Man muss also die Folgeaktion des Patienten genauer untersuchen, um feststellen zu können, ob die Pause als widerständig angesehen werden kann. Es können daher bisweilen, bezüglich der Verbindung zwischen längeren Pausen und Widerstand in psychotherapeutischen Gesprächen, keine genauen Aussagen getroffen oder Regularitäten aufgezeigt werden.

Eine weitere interessante Beobachtung in der Kategorie 3 ist, dass eine zögerliche und teilweise stockende Formulierungsdynamik in den Vorläufen, sowie widerständige Aussagen wie *ich weiß es ehrlich gesagt nicht*, auf Widerstand nach der LoF schließen lassen würden, dieser tritt jedoch wider Erwarten nicht ein. Um fundierte Aussagen über diese Erkenntnis machen zu können, benötigt es allerdings noch weitere Untersuchungen in diesem Bereich.

6.1.2. THERAPEUTENREAKTION

Die Therapeutenreaktionen wurden im letzten Abschnitt schon erwähnt, hier soll noch einmal kurz darauf eingegangen werden, um ihre Wichtigkeit hervorzuheben.

Wie die ersten zwei Analysen zeigen, ist die Therapeutenreaktion von Relevanz, da dadurch der Widerstand des Patienten überwunden oder abgewendet werden kann. In der ersten Analyse (Beispiel 2) wird aufgezeigt, dass durch eine kritische Intervention des Therapeuten dem Patienten deutlich gemacht werden kann, welche Folgen seine Nicht-Handeln hätte, wodurch er seinen vorherigen Widerstand überwindet und eine optimierte Antwort formulieren konnte. Diese kritische Intervention ist eine Reformulierung der Problemdarstellung aus dem Vorlauf und durch einen drastischen, bildlichen Vergleich, könnte man ihr Format als ‚Überspitzung‘ bezeichnen. Das heißt, diese ‚überspitzte‘ und plastische Darstellung der Folgen einer Nicht-Veränderung veranlasst den Patienten zu einer Zukunftsprojektion. Weitere Strategien, um den Widerstand des Patienten in dieser Kategorie zu überwinden, waren Beispiel-Nachfragen, KeF oder Konkretisierungsfragen.

Eine Strategie um Widerstand abzuwenden, wird in der zweiten Analyse (Beispiel 3) illustriert. Hier wird der habitualisierte Widerstand⁴⁶ vom Therapeuten sofort erkannt und eine Intervention in Form einer W-Frage, wendet den Widerstand ab. Das heißt, ist Widerstand erkennbar, kann eine sofort anschließende ‚einfache‘ W-Frage diesen verhindern. Diese Erkenntnis wird von MacMartins Beobachtung unterstützt, die feststellt, dass Therapeuten eine bestimmte Frage, in diesem Fall eine LoF, mit einer neutraleren Frage ersetzen, um den Widerstand zu überwinden (S. 94f.). Des Weiteren ist interessant, dass manchmal auch keine Intervention des Therapeuten hilfreich ist. Wenn dieser nicht interveniert und den Patienten seine Gedanken elaborieren lässt, findet dieser bei manchen Ausschnitten selbstständig zur LoF ‚zurück‘, um sie dann optimiert zu beantworten.

In der Analyse 5.2. wird demonstriert, dass trotz verschiedener Interventionen eines Therapeuten der Widerstand nicht überwunden werden kann. Weder die *refocusing question* in dem analysierten Beispiel, wodurch der Therapeut den Widerstand ‚umspielen‘ wollte, half, noch die Strategie des deutlichen Kritik-Übens in den Interventionen⁴⁷.

In Konklusion heißt dies, dass Therapeuteninterventionen in den Gesprächssequenzen aus der Kategorie 1 erfolgreich sind, denn dadurch wird der Widerstand überwunden. Die Interventionen des Therapeuten sind jedoch in der zweiten Kategorie nicht erfolgreich. Die meisten LoF-Gesprächssequenzen fallen aber unter die erste Kategorie. Deshalb kann festgehalten werden, dass in den meisten Fällen die Interventionen des Therapeuten erfolgreich sind und zu einer optimierten Antwort führen. Auffällig ist, dass keiner der Therapeuten den

⁴⁶ Anzunehmen aufgrund des Kontextes und des bisherigen Verhaltens des Patienten.

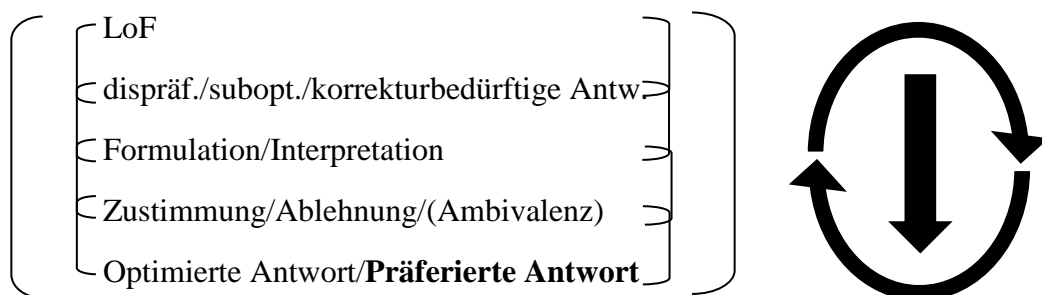
⁴⁷ Beispielausschnitte dies bezüglich wurden in der Analyse nicht aufgeführt, lediglich im Abschnitt 5.2. erwähnt.

Widerstand der Patienten explizit verbalisiert und aufzeigt. Zwar wurde durch Kritikäußerung indirekt ausgedrückt, dass der Patient widerständig ist, jedoch konfrontierte keiner der Therapeuten ihren Patienten konkret mit dessen widerständigen Reaktionen.

6.2. KOLLATIONIERENDE ERGEBNISSE

Die bisher noch nicht aufgenommenen Aspekte aus dem Methodik Kapitel werden hier kurz angeschnitten.

Bezüglich der Sequenzorganisation kann festgehalten werden, dass das zweite Beispiel ein ‚ideal-typisches‘ Beispiel für diese ist. Alle vier Stufen der Organisation werden der Reihenfolge nach ‚durchlaufen‘. Hingegen ist es bei den Beispielen 3 und 4 etwas schwieriger. Hier ist es so, dass die dispräferierte Antwort zwar angefangen, aber nicht ausformuliert wird, da die Interpretation/ Formulation des Therapeuten diese unterbricht und damit den Widerstand bzw. die korrekturbedürftige Antwort abwendet. Im vierten Beispiel wird die Sequenzorganisation mehr oder weniger ‚übersprungen‘, da die präferierte Antwort nach der LoF sehr schnell gegeben wird. Somit wäre die Überlegung, ob der Sequenzorganisation ein Schritt ‚präferierte‘ Antwort hinzugefügt werden müsste, damit deutlich wird, dass nach eine LoF nicht grundsätzlich Widerstand erfolgt. Prinzipiell kann also manifestiert werden, dass die Sequenzorganisation in ‚einer Schleife‘ laufen kann, d.h. es können Schritte ausgelassen oder auch wiederholt werden. Die Sequenzorganisation (*Schaubild 2*) könnte also wie folgend ‚verfeinert‘ werden:



*Schaubild 4: Verfeinerte Sequenzorganisation der LoF Antworten*⁴⁸

Die Feststellung von Pomerantz und Heritage (2013), dass Rezipienten generell versuchen eine „disconfirming“ (S. 214) Antwort zu umgehen und daher ihren Beitrag mit

⁴⁸ Das Oval soll verdeutlichen, dass die Sequenzorganisation auch wieder von vorne beginnen kann, wenn z.B. bei einem Punkt ‚gestoppt‘ wird und von vorne angefangen werden muss; d.h. eine erneute LoF wird gestellt. Der Pfeil in der Mitte stellt dar, dass aber auch eine LoF auch nach dem Schema durchlaufen kann, oder eben direkt eine präferierte Antwort folgen kann; daher in der untersten Zeile der neue Zusatz präferierte Antwort.

möglichst vielen bestätigenden Elementen zu füllen, wird durch die Kategorie 1 bestätigt. Außerdem kann hier eine Verbindung zu MacMartins *answer-like responses* gezogen werden. In der Kategorie wird die dispräferierten Antworten so formuliert, dass sie einer präferierten Antwort sehr ähnelten, die Agenda des Therapeuten aber umgingen. Des Weiteren wurde bereits erwähnt, dass dispräferierte Antworten meistens mit Verzögerungen, Milderungen und Vorreden ausgeführt werden (vgl. Kapitel 4.2.3), was wiederum auf einen linguistischen Widerstand hindeutet. Im Abschnitt 5.3. wird jedoch aufgezeigt, dass auch nach Verzögerungen oder Milderungen, sowie langen Vorläufen eine präferierte Antwort folgen kann. Darüber hinaus stellen Pomerantz und Heritage sogenannte *preference principles* in ihrem Artikel vor. Eines dieser besagt, dass „the response should satisfy the request by providing the requested information” (222). Dieses Prinzip wird durch zwei Beispiele verletzt. Bei Beispiel 2 wird ‚zu viel Information‘ durch die suboptimierte Antwort gegeben. Man könnte hier behaupten, dass die Antwort mit Informationen ‚übersättigt‘ (‚over satisfied‘) ist und somit auch irrelevante, nicht angeforderte Informationen enthält. Bei dem Beispielen 5 wird die Antwort nicht informativ genug gestaltet, sodass die Antwort nicht zufriedenstellend – satisfying – ist.

Erwähnenswert ist noch, dass der von MacMartin (2008) eingeführte Terminus *optimistic downgraders* (S. 86) auch in dieser Analyse relevant ist, da Modalpartikel wie *eigentlich*, *vielleicht* oder *einfach*, welche den lösungsorientierten Inhalt der Frage herunterstufen oder eben diesem ausweichen. Und schließlich kann ich festhalten, dass sich in den Kategorien 1 und 2 die Patienten sich immer irgendwas, z.B. der Agenda des Therapeuten oder einem bestimmten Sachverhalt, ‚widersetzten‘ und damit die am Anfang genannten Definitionen der Wörterbücher zu treffen.

7. FAZIT UND AUSBLICK

Wie Drew (2017) bereits feststellte, können Turns und Aussagen als Aktionen, eines sich entfaltenden Prozesses von sequenzieller Interaktion, angesehen werden (S. 25). Dies wird auch in dieser Arbeit dargestellt. Die Praktiken des Widerstands können nur aufgedeckt werden, wenn man sie als sequenziellen Prozess betrachtet und analysiert. Die vorliegende Masterarbeit zeigt auf, welche kommunikative Praktiken des Widerstands in den analysierten Beispielen auftreten und wie diese linguistisch erfasst, sowie beschrieben werden können. Insgesamt konnten 15 LoF in die Kategorie 1 einsortiert werden, sieben in die zweite und letztlich vier in die dritte Kategorie. Für jede Kategorie wurde jeweils ein repräsentatives Beispiel untersucht und anhand dessen aufgezeigt, wie in diesem Widerstand als sprachlich-sequenzieller Prozess realisiert wird. Durch die letzte Kategorie wird erkennbar, dass das LoFs auch ohne Widerstand bearbeitet werden können, was aber selten vorkommt, wenn man die Zahlen in den Kategorien vergleicht. Allumfassend kann ich sagen, dass Patienten häufig zunächst widerständig auf diesen Typ von Frage reagieren, dann aber entweder durch die Intervention des Therapeuten oder selbstständig die LoF schließlich doch erfolgreich bearbeiten. Die Kooperationsbereitschaft der Patienten nach einer LoF ist also zunächst aber eher niedrig.

Aus den Analysen geht hervor, dass linguistischer Widerstand die Interaktionen der Sprecher verlangsamt und auch verzögert, da mehr Zeit für die Bearbeitung der LoF verwendet wird bzw. werden muss. Teilweise mussten zwei LoF hintereinandergestellt werden, um schließlich eine optimierte Antwort auf die Therapeutenfrage zu elizitieren. Das heißt, die Antworten der Patienten können den Fragekorpus des Therapeuten verändern: sie erweitern ihn teilweise, aber präzisieren ihn auch oder korrigieren ihn (Spranz-Fogasy, 2010, S. 82). Die Patientenantworten regulieren also den weiteren Verlauf der Interaktion. An dieser Stelle ist noch hervorzuheben, dass auch anhand einer Analyse gezeigt werden konnte, dass Widerstand nicht immer in erster Position ersichtlich wird, sondern auch erst im zweiten Turn des Patienten geäußert werden kann.

Weiterhin demonstrieren die Analysen, dass Patienten den Diskursmarker *also* häufig verwenden, sowohl als ‚Anzeiger‘ für eine dispräferierte, als aber auch für eine präferierte Antwort und, dass ein Themenwechsel zweideutig gelesen werden kann. Zum einen kann er anzeigen, dass ein Thema abgeschlossen ist, aber auch, dass der Widerstand nicht überwunden werden konnte und der Therapeut das Thema für den Moment ‚ruhen‘ lässt, was nicht ausschließt, dass er später noch einmal darauf zurückkommen wird. Hier anschließend kann gesagt werden, dass durch die Analysen an mehreren Stellen verdeutlicht werden konnte, wie relevant die Therapeutenreaktionen auf den Widerstand sind. Diese können, wenn sie richtig

‚platziert‘ sind, indizierten Widerstand abwenden oder durch eine gelungene Intervention dazu führen, dass die Patienten ihren Widerstand überwinden. Das heißt, wenn ein Therapeut die kommunikativen Praktiken von Widerständen, wie z.B. die in diesen Analysen illustrierten (siehe Ergebnisse, Kapitel 6.), rechtzeitig erkennt, kann er intervenieren und versuchen die widerständige Reaktion des Patienten zu verhindern.

In den Ergebnissen wurde an dem einen oder anderen Punkt bereits erwähnt, an welchen Stellen noch Ansatzpunkte für weitere Forschung bestehen können, diese sollen hier aber noch einmal kurz genannt werden. Ein zukünftiger Forschungsgegenstand für die Interaktionslinguistik könnten Pausen in psychotherapeutischen Gesprächen sein. Wie vorher schon genannt, war es in dieser Arbeit nicht möglich genauere Aussagen zutreffen, ob längere Pausen Widerstand erwartbar machen oder nicht, da auch nach längeren Pausen eine präferierte Antwort folgte. Die Ergebnisse sind daher ambivalent und benötigen noch weitere Untersuchungen. Ebenso verhält es sich mit der Beobachtung, dass Vorläufe, durch verschiedene Merkmale, darauf hindeuten können, dass Patienten auf eine LoF (ein bestimmtes Thema betreffend) widerständig reagieren können, aber nicht unbedingt müssen. Das heißt, auch wenn im Vorlauf Patienten widerständig reagiert haben und dadurch Widerstand erwartbar gemacht wurde, muss dieser nicht eintreffen. Um über diese Beobachtung allgemeingültige Aussagen treffen zu können, sind weitere Forschung dies bezüglich notwendig. Letztlich zeigen meine Ergebnisse, dass LoFs häufig widerständige Reaktionen bei Patienten hervorrufen. Es wäre nun interessant zu erforschen, ob Patienten auch auf andere Typen von Fragen, wie z.B. Beispiel-Nachfragen oder kollaborative Erklärungsfindungsfragen, ähnlich widerständig reagieren, oder ob gerade LoFs Widerstand bei Patienten elizitieren.

Zum Schluss möchte ich betonen, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen Linguisten und Psychotherapeuten von Vorteil sein kann, da die Problemstellungen in der Psychotherapie auf vielfältige Weise angegangen werden: Linguistisch, sowie therapeutisch. Diese verschiedenen Betrachtungsperspektiven können zu einer Optimierung der Therapie führen. Daher hoffe ich, durch meine konversationsanalytische Herangehensweise ein wenig Licht in das noch eher unerforschte Feld des linguistischen Widerstands zu bringen und dieses Arbeit als ein ‚Türöffner‘ für perspektivische Untersuchungen in diesem Bereich gesehen werden kann.

REFERENCES

- Antaki, C. (2008). Formulations in Psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.), *Conversation Analysis and Psychotherapy* (26 – 42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik. (2004). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. Bern: Göttingen u.a.: Huber.
- Brinker, K. & Sager, S. (2010). *Linguistische Gesprächsanalyse. Eine Einführung* (5th ed.). Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Bröcher, L. (2017, in Vorbereitung). Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen. Die Funktionen der Testung, impliziter Kritik und Ermittlung tatsächlicher Lösungsmöglichkeit.
- Chamberlain et al. (1984). Observation of Clients Resistance. *Behavior Therapy*, 15, 144 – 155.
- Clift, R. (2016). *Conversation Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deppermann, A. (1999). Gespräche analysieren: Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden. Opladen: Leske + Budrich.
- Deppermann, A. (2008). *Gespräche analysieren: Eine Einführung* (4th ed.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Deppermann, A. (2010). Zur Einführung: ‚Verstehen in professionellen Handlungsfeldern‘ als Gegenstand einer ethnographischen Konversationsanalyse. In A. Deppermann, U. Reitemeier, R. Schmitt & Th. Spranz-Fogasy (Eds.), *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern* (7 – 25). Tübingen: Narr.
- Deppermann, A., & Helmer, H. (2013). Zur Grammatik des Verstehens im Gespräch: Inferenzen anzeigen und Handlungskonsequenzen ziehen mit *also* und *dann**. *Zeitschrift für Sprachwissenschaft*, 32(1), 1 – 39.
- Diewald, G. (1999b). Die dialogische Bedeutungskomponente von Modalpartikeln. *Dialogue Analysis and the Mass Media. Proceedings of the International Conference, Erlangen, April 2-3, 1998*, Eds. Bernd Naumann, *Beiträge zur Dialogforschung*, 20, 187 – 199. Tübingen: Niemeyer.

- Dittmann, J. (Eds.) (2011). *Arbeiten zur Konversationsanalyse*. Berlin: De Gruyter.
- Drew, P. (2017). The Interface between Pragmatics and Conversation Analysis. *Pragmatics and its Interfaces*. (noch keine weiteren Angaben)
- Fischer, M. (2017, in Vorbereitung). Modalpartikel halt und eben in OPD-Gesprächen.
- Gardner, R. (2001). *When listeners talk: Response tokens and listener stance*. Amsterdam: John Benjamins.
- Günther, S. (2012). Eine interaktionale Perspektive auf Wortarten: das Beispiel 'und zwar'. In B. Rothstein Björn (Ed.), *Nicht-flektierende Wortarten* (14 – 47). Berlin/Boston: De Gruyter.
- Harden, T. (1983): *An analysis of the semantic field of the German particles "überhaupt" and "eigentlich"*. Tübingen: Narr.
- Helmer, H., Deppermann, A., & Reineke, S. (i.Dr.): Antwort, epistemischer Marker oder Widerspruch? Sequenzielle, semantische und pragmatische Eigenschaften von *ich weiß nicht*. In A. Deppermann, N. Proske & A. Zeschel (Eds.), *Verben im interaktiven Kontext. Bewegungsverben und mentale Verben im gesprochenen Deutsch*. Tübingen: Narr.
- Heritage, J., & Maynard, D. (Eds.). (2007). *Communication in Medical Care. Interaction between primary care physicians and patients*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heritage, J. (2009). Questioning in Medicine. In A. Freed & S. Ehrlich (Eds.), *“Why Do You Ask?”: The Function of Questions in institutional Discourse* (S. 42 – 65). New York: Oxford University Press.
- Jefferson, G. (1988). Notes on a possible metric which provides for a 'standard maximum' silence of approximately one second in conversation. In D. Roger & P. Bull (Eds.), *Conversation: An interdisciplinary perspective* (166 – 196). Clevedon, UK: Multilingual Matters.
- Kabatnik, S. & Spranz-Fogasy, Th. (2017, in Vorbereitung). Solution-oriented requests.
- Krivonosov, A. (1977): *Die modalen Partikeln in der deutschen Gegenwartssprache*. Göppingen: Kümmerle.

- Labov, W. & Fanshel, D. (1977). *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. New York/ London: Academic Press.
- Mack et al., C. (2016). „[...] hab ich glaube ich die richtigen fragen gestellt“. Therapeutische Fragehandlungen in psychodiagnostischen Gesprächen. H. Blühndorn, M. Elstermann, D. Stolberg (Eds.). *OPAL*, 3. IDS: Mannheim.
- MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.), *Conversation Analysis and Psychotherapy* (80 – 99). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marciniak, A., Nikedei, C., Ehrental, J. C., & Spranz-Fogasy, T. (2016). „... Durch Worte Heilen“ – Linguistik und Psychotherapie. *Sprachreport*, 32(3), 1 – 11.
- Maynard, D. (2003). *Bad news, good news: Conversational order in everyday talk and clinical settings*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mecheril, P. (1992). *Wie und worüber gesprochen wird: Entwicklung und Anwendung einer Beschreibungssprache zur Untersuchung psychotherapeutischer Gespräche auf der Ebene thematischer Gesprächseinheiten*. Münster/ New York: Waxmann Verlag GmbH.
- Mertens, W., & Waldvogel, B. (Eds.). (2008): *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Messer, S. B. (2002). A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy: *Vive la Résistance*. *JCLP / In Session: Psychotherapy in Practice*, 58(2), 157 – 163.
- Müller, S. (2014). *Modalpartikeln*. Heidelberg: Winter.
- Oelschläger, E. (2017, in Vorbereitung). Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen. Testen, Übertragen der Verantwortung und implizite Kritik.
- Pain, J. (2009). *Not just talking. Conversational analysis, Harvey Sack's gift to psychotherapy*. London: Karnac.
- Peräkylä, A. (2013). Conversation Analysis in Psychotherapy. In T. Stivers, J. Sidnell, J. (Eds.), *The Handbook in Conversation Analysis* (551 – 574). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.

- Pomerantz, A. & Heritage, J. (2013). Preference. In J. Sidnell & T. Stivers (Eds.), *The Handbook of Conversation Analysis* (210 – 228). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Raymond, G. (2003). Grammar and Social Organization: Yes/No Interrogatives and the Structure of Responding. *American sociological Review*, 68 (939 – 967).
- Scarvaglieri, C. (2013). *>Nichts anders als sein Austausch von Worten<: Sprachliches Handeln in der Psychotherapie*. Berlin/ Boston: De Gruyter.
- Schegloff, E. (2007). Categories in action: person-reference and membership categorization. *Discourse Studies*, 9(4), (433 – 461).
- Siebeking-Thompson, M. (2017, in Vorbereitung). Kollaborative Erklärungsfindungsfragen in Psychotherapiegesprächen.
- Spranz-Fogasy, Th. (2010). Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch. In A. Deppermann, U. Reitemeier, R. Schmitt & Th. Spranz-Fogasy (Eds.), *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern* (27 – 116). Tübingen: Narr.
- Stremlau, P. (2017, in Vorbereitung). Kommunikative Praktiken des Widerstands. Patientenwiderstand durch reaktive Ich-weiß-nicht Konstruktionen.
- Stivers, T. & Robinson, J. D. (2006). A preference for progressivity in interaction. *Language in Society*, 35(3), 367 – 392.
- Vehviläinen, S. (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In: A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, I. Leudar (Eds.), *Conversation Analysis and Psychotherapy* (120 – 138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Verhulst, J., & van de Vijver, F. (1990). Resistance during psychotherapy and behaviour therapy. *Behaviour Modification*, 14(2), 172 – 187.
- Voulitainen, L. & Peräkylä, A. (2016). Interactional Practices of Psychotherapy. In M. O'reily & J. Lester (Eds.), *The Palgrave Handbook of Adult Mental Health*. UK: Palgrave Macmillan.
- Wilhelmi, Bernd (Ed.). (1988). *Krankheitsbewältigung. Eine gemeinsame Aufgabe von Patient und Therapeut*. Jena: Friedrich-Schiller-Universität.

Online References:

Arbeitskreis-OPD (2006). Retrieved from <http://www.opd-online.net/> (Stand: 09.05.2017)

Eigentlich. (n.d.). In *grammis 2.0. das grammatische informationssystem des instituts für deutsche sprache (ids)*. Retrieved from http://hypermedia.ids-mannheim.de/call/public/gramwb.ansicht?v_app=g&v_kat=gramm&v_buchstabe=E&v_id=2066 (Stand: 09.06.2017).

Resistance. (n.d.). In *Oxford Dictionaries*. Retrieved from <https://en.oxforddictionaries.com/definition/resistance> (Stand: 11.04.2017).

Sollen. (n.d.). In *grammis 2.0. das grammatische informationssystem des instituts für deutsche sprache (ids)*. Retrieved from http://hypermedia.ids-mannheim.de/call/public/gramwb.ansicht?v_app=g&v_kat=gramm&v_buchstabe=S&v_id=10898 (Stand: 13.06.2017).

Widerstand. (n.d.). In *Duden online-Wörterbuch*. Retrieved from <http://www.duden.de/rechtschreibung/Widerstand> (Stand: 11.04.2017).

Widerstand. (n.d.). In *Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache*. Retrieved from <https://dwds.de/wb/Widerstand> (Stand: 11.04.2017).

Wissen. (n.d.). In *grammis 2.0. das grammatische informationssystem des instituts für deutsche sprache (ids)*. Retrieved from http://hypermedia.ids-mannheim.de/call/public/gramwb.ansicht?v_app=g&v_kat=gramm&v_buchstabe=W&v_id=11234 (Stand: 09.06.2017).

Wollen. (n.d.). In *grammis 2.0. das grammatische informationssystem des instituts für deutsche sprache (ids)*. Retrieved from http://hypermedia.ids-mannheim.de/call/public/gramwb.ansicht?v_app=g&v_kat=gramm&v_id=401242&v_wort=wollen (Stand: 09.06.2017).

APPENDIX: TRANSCRIPTION SYSTEM

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