

Repairs of Time References in Psychodiagnostic Talks
Reparaturen bei Zeitangaben in psychodiagnostischen Gesprächen

by

Melanie Weiss

A thesis

presented to the University of Waterloo

and the Universitaet Mannheim

in fulfilment of the

thesis requirement for the degree of

Master of Arts

in

Intercultural German Studies

Waterloo, Ontario, Canada / Mannheim, Germany, 2016

© Melanie Weiss 2016

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.

Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere an Eides Statt durch meine eigene Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt und alle Textstellen, die wörtlich oder annähernd wörtlich aus Veröffentlichungen entnommen sind, als solche kenntlich gemacht und mich auch keiner anderen als der angegebenen Literatur, insbesondere keiner im Quellenverzeichnis nicht benannten Internet-Quellen, bedient habe. Diese Versicherung bezieht sich auch auf die in der Arbeit gelieferten Zeichnungen, Skizzen, bildlichen Darstellungen und dergleichen.

Ich versichere, diese Arbeit nicht bereits in einem anderen Prüfungsverfahren eingereicht zu haben und bestätige, dass die eingereichte schriftliche Fassung derjenigen auf dem Speichermedium entspricht.

Datum

Unterschrift

Abstract

This paper explores interaction in psychotherapy. The main object of research are the situations in which patients show difficulties in formulating time frames or temporally organizing life events. The data was collected by the study group of the OPD (Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik), who establish theories on how to improve the results of psychotherapy. The theoretical background of this paper is the research of Celia Kitzinger and Sigmund Freud. The former focuses on repair in spoken interaction and technologies of repair in interactions, the latter published a scholarly piece about his findings on slips of the tongue, forgetting names, false memories, and other similar phenomena. With the help transcripts from recordings of two psychotherapy sessions, I discovered that when talking about time, patients always refer to incidents that influenced their life thereafter. Furthermore, when slipping while trying to determine a certain point of their life, it eventually indicates an event they tried to forget, replace or refer to as being aggravating.

Keywords: repair, psychotherapy, OPD, slips of tongue, time references

Acknowledgements

Ich möchte diese Arbeit in erster Linie meinen Eltern widmen, ohne deren unermüdliche Unterstützung ich niemals diesen Punkt in meinem Leben erreicht hätte. „In guten, wie in schlechten Zeiten“, was sie sich andernorts zur Ehe geloben, bietet mir meine Familie bedingungslos, immer und allezeit. Dass ich heute meinen Abschluss mache, verdanke ich nur diesem Umstand, ich bin meiner Familie und vor allem meinen Eltern zu unendlichem Dank verpflichtet für alles, was sie je für mich tun.

Des Weiteren gilt diese Widmung meinen beiden Gutachtern, Herrn Prof. Dr. Thomas Spranz-Fogasy und Prof. Dr. Grit Liebscher, dank deren großartiges Betreuungsangebot ein stetes Vorankommen und auch Spaß an der Arbeit möglich war.

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Datengrundlage.....	3
3. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik.....	4
3.1. Wirkungsbereich OPD.....	4
3.2. Die Achsen des Arbeitskreises OPD.....	5
3.3. Besonderheiten der OPD.....	9
4. Fragestellungen.....	11
5. Konversationsanalyse als methodisches Vorgehen.....	12
5.1. Konversation und CA.....	12
5.2. CA als Methode.....	14
5.3. Sequenzialität von Konversation.....	15
5.4. Einzelfallanalyse.....	17
6. CA und ihre Bedeutung in der Psychotherapie.....	23
7. Reparaturen in der gesprochenen Sprache.....	28
8. Reparaturen bei Freud.....	33
9. Konversationsanalytische Untersuchungen zu Zeitbezügen.....	37
10. Analyse von Selbstreparaturen.....	39
10.1. Fallbeispiel P ₁	39
10.2. Erstes Fallbeispiel P ₂	48
10.3. Zweites Fallbeispiel P ₂	55
11. Zusammenfassung und Forschungszusammenhang.....	64
12. Ausblick in Zusammenhang mit weiteren Forschungsmethoden.....	67
12.1. Relevanzmarkierungen im Arzt-Patienten-Gespräch.....	67
12.2. Expandable Responses.....	68
13. OPD Relevanz der Ergebnisse.....	70

Transkriptionskonventionen.....	73
Literaturverzeichnis.....	74

1. Einleitung

„[...] in psychotherapies, the means of healing is talk.“

(Peräkylä et al., 2008, S. 5)

Wie dieses Zitat bereits schön zum Vorschein bringt, ist es das Ziel von psychotherapeutischen¹ Gesprächen, die Probleme und Anliegen, Traumata und Neurosen von Patient/innen zu ergründen und zu heilen. Seit geraumer Zeit arbeitet die Forschung interdisziplinär an diesem Ziel. Sozialforscher/innen, Psycholog/innen, Linguist/innen u.v.m. beschäftigen sich gleichermaßen damit, wie fächerübergreifend und -spezifisch zum Seelenheil der Menschheit beigetragen werden kann. Eine große Hürde ist hierbei die Subjektivität von Erfahrungen und die Unzulänglichkeit von geistigem Eigentum. Weitere solcher Hürden sind z. B. das Ergründen von lebensverändernden Ereignissen und solchen, die für gewisse Situationen, Veränderungen, sei es den Menschen selbst betreffend oder sein Umfeld, verantwortlich sind. Es wäre ein Leichtes, könnten wir immer, zu jeder Zeit und an jedem Ort auf jenes Wissen zugreifen und abrufen, darüber hinaus so in Worte fassen, dass nicht nur ich selbst, sondern auch alle anderen *ad hoc* das Problem verstehen und erkennen können. Wäre dies der Fall, so bräuchten wir womöglich auch keine Psychotherapie, sondern könnten uns selbst therapieren. Ein wichtiger Bestandteil der Therapie ist es, interaktiv und in gemeinsamer Arbeit zum Kern von Problemen und Neurosen zu gelangen, gemeinsam mit Patient/innen vielleicht sogar Verborgenes und Unbewusstes in einen bisher noch nicht erbrachten Zusammenhang zu stellen.

Speziell hierfür hat sich der Arbeitskreis OPD gegründet, ein Zusammenschluss aus Forscher/innen der klinischen Psychotherapie. Durch die Arbeit jener Forscher/innen wurde auch diese Arbeit motiviert. Die Grundlage bieten Auffälligkeiten in Formulierungsschwierigkeiten bei Zeitangaben der Patient/innen in psychodiagnostischen Gesprächen. Basierend auf der Forschung von Freud (1912), der anhand eigener Alltagsbeispiele Versprecher, Vergessen etc. untersuchte und den Ergebnissen von Kitzinger (2003), die die gesprächsanalytische Forschung zu Reparaturen systematisch zusammenfasst, soll in dieser Arbeit versucht werden, Besonderheiten von Versprechern und Reparaturen bei Zeitangaben herauszufinden.

¹ Besonders in den vergangenen zwei Jahrzehnten hat die Forschung im Bereich der Psychodiagnose und Psychotherapie diese beiden Begriffe deutlich voneinander abgegrenzt. Da in dieser Arbeit allerdings einerseits mit Forschung aus verschiedenen Disziplinen und andererseits auch mit deutlich älterer Forschung gearbeitet wird, verwende ich zwar beide Begriffe äquivalent, jedoch sollen beide unter das heutige Verständnis der Psychodiagnostik fallen.

Ich habe mich aus Gründen der Genauigkeit für die Konversationsanalyse, die Einzelfallanalyse im Speziellen, als angemessenes Untersuchungsmittel entschieden. Bereits damals hat Freud die Versprecher in Zusammenhang mit Therapie gebracht, indem er behauptet, dass der Versprecher eines der wertvollsten Indizien für Gedankeninhalte sei, die sich zu verbergen bemüht seien und häufig in Verbindung mit Unangenehmem und „Widerwärtigkeiten“ stünden (ibid, S. 17/27). Es gilt in dieser Arbeit also herauszufinden, ob es sich mit Versprechern bei Zeitangaben ebenso oder ähnlich verhält. Auch die jüngste Forschung von Clark und Rendle-Short (2016) zu Zeitbezügen in der Psychotherapie macht eindeutig auf den Zusammenhang zwischen von Patient/innen gewählten Zeitangaben und negativen Emotionen bzw. verstörenden und problematischen Momenten im Leben von Patient/innen aufmerksam.

Die Arbeit ist so aufgebaut, dass sie zu Beginn aufzeigen soll, auf welchen Grundlagen die Daten erstellt wurden. Des Weiteren werden die technischen Arbeitshintergründe und die Transkriptionskriterien kurz erläutert. Danach ist es wichtig, einen Einblick in die Arbeit des Arbeitskreises OPD zu verschaffen, in dessen Rahmen sie auch erstellt wurde und dessen Forschungsarbeit zu erläutern. Dank dieser Grundlage wird dann ein Übergang zu den Fragestellungen geschaffen, die essentiell für die Bearbeitung dieses Themas im Vordergrund standen. Da, wie bereits erwähnt, das methodologische Vorgehen die Konversationsanalyse sein wird, sollen in einem nächsten Schritt dann die Vorteile dieses Vorgehens herausgearbeitet werden. Darüber hinaus ist es wichtig, die Konversationsanalyse und ihre Bedeutung und ihren Nutzen in der Psychotherapie herauszuarbeiten. In Kapitel 7 und 8 werden im Detail die Reparaturen beschrieben, wie sie bei Freud und bei Kitzinger verstanden und behandelt werden. Diese Kapitel fallen daher etwas ausführlicher aus, da sie die theoretische Grundlage dieser Arbeit liefern. Da es sich bei dieser Arbeit nicht um alle Versprecher im Allgemeinen handelt, sondern um solche bei Zeitangaben im Speziellen, wird noch auf die Besonderheit von Zeitangaben in der Psychotherapie eingegangen, bevor dann im Folgenden die Analyse der drei Einzelfallbeispiele stattfindet. Es handelt sich bei dieser Arbeit also um keine quantitative Forschung, sondern um eine qualitative. In einem letzten Schritt werden die Ergebnisse dann nochmals mit der Forschungsgrundlage verglichen und eine mögliche Relevanz für den Arbeitskreis OPD herausgearbeitet.

2. Datengrundlage

Die Datensätze, die die Grundlage dieser Arbeit bilden, wurden im Rahmen eines Forschungsprojekts des Arbeitskreises OPD (*Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik*) erhoben. Hierfür wurde mit Patient/innen während ihres stationären Klinikaufenthaltes zu unterschiedlichen Zeitpunkten (ob zu Beginn, währenddessen oder am Ende) mit speziell zu diesen Forschungszwecken ausgewählten Therapeut/innen ein Erstgespräch geführt, das außerhalb ihrer gewöhnlichen Sitzungsreihe stattfand. Teilnehmende Patient/innen und Therapeut/innen waren weder vor, noch nach diesem Gespräch in Kontakt. Die Ergebnisse wurden mit Hilfe eines Auswertungsbogens an behandelnde Therapeut/innen weitergeleitet.

Bei den beiden Gesprächen, die im Fokus dieser Arbeit stehen sollen, handelt es sich um zwei Erstgespräche, die an eben jener psychosomatischen Klinik mit Audio- und Videoaufnahmen aufgezeichnet wurden. Aus dem Gesamtkorpus von 15 Patient/innen im Alter zwischen 20 und 55 Jahren, die alle bereits als schwer depressiv diagnostiziert wurden, sollen Beispiele zweier Patient/innen zur genaueren Untersuchung der vorgenommenen Selbstreparaturen herangezogen werden. Dabei handelt es sich um einen Patienten im Alter von 26 Jahren und eine Patientin im Alter von 49 Jahren. Das erste Gespräch ist 64, das zweite 57 Minuten lang und wurde beide Male von demselben Therapeuten durchgeführt. Über den Therapeuten ist bekannt, dass er ein erfahrener OPD-Therapeut ist.

Die Gespräche wurden mit dem EDV-gestützten Transkriptionseditor FOLKER zu Text-Ton-alignierten Basistranskripten ausgearbeitet. FOLKER (**F**orschungs- und **L**ehrkorpus **G**esprochenes **D**eutsch **E**dito**R**) ist ein auf EXMARaLDA basierender Transkriptionseditor, der den GAT-Konventionen unterliegt. Er wurde vom Institut für Deutsche Sprache (IDS) erstellt und ermöglicht ein Arbeiten mit selbst kleinen sprachlichen Nuancen. Weshalb ich mich für die Arbeit mit FOLKER entschieden habe, soll im Folgenden anhand der Erläuterung bezüglich meiner Methodik verdeutlicht werden.

Nach dem hier erfolgten Abriss der Forschung des Arbeitskreises OPD (2004) sollen nun die inhaltliche Klärung des Begriffs der *Operationalisierten psychodynamischen Diagnostik* und eine explizitere Erläuterung dessen Arbeitsfeldes folgen.

3. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik

Um ein ausreichendes Verständnis für das Ziel dieser Arbeit zu bekommen, ist es zu Beginn wichtig, ein grundlegendes Wissen des theoretischen Rahmens zu erlangen. Zu diesem Zweck soll im Folgenden die Forschung des Arbeitskreises der *Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik* (OPD) beschrieben werden, zu dessen Forschungszweck auch die Daten erhoben wurden, die dieser Arbeit zu Grunde liegen. Ich möchte zuerst den Wirkungsbereich des Arbeitskreises aufzeigen, bevor ich anschließend auf die einzelnen Bestandteile eingehe und zuletzt noch die Besonderheiten und Problematiken erläutere, mit denen sich der Arbeitskreis konfrontiert sieht.

3.1. Wirkungsbereich OPD

Der Arbeitskreis OPD besteht aus 16 Wissenschaftler/innen und Forscher/innen aus verschiedenen Bereichen der klinischen Psychotherapie, die im Jahr 1995 unter dem Sprecher Manfred Cierpka ihre erste Publikation veröffentlichten mit dem Ziel, dem im Laufe der Zeit immer stärker gewordenen Problem der Abstrahierung innerhalb der Psychotherapie entgegenzuwirken und beobachtungsnah im Bereich der psychodynamischen Diagnostik zugunsten von Reliabilität und Validität zu arbeiten (Arbeitskreis OPD, 2004). Unter dem Begriff der *psychodynamischen Diagnostik* versteht der Arbeitskreis Folgendes: „psychodynamisch orientierte Psychotherapie klassifiziert psychische Phänomene [meist] auf dem Hintergrund (meta-)psychologischer Konstrukte der psychoanalytischen Theorie“ (ibid, S. 17). Unter dem Begriff der Klassifizierung orientiert sich der Arbeitskreis an der Prägung, die bereits bei Freud z. B. durch die Unterscheidung der individuellen Persönlichkeit in *Ich*, *Es* und *Überich* bzw. in seiner späteren Forschung dann durch die von ihm ausgearbeitete Differenzierung zwischen prägenitaler und genitaler Triebentwicklung stattfand. Auf der Basis eben jener Forschung von Freud wird in den psychodiagnostischen Wissenschaften immer noch sowohl eine Differenzierung der Persönlichkeit von Patient/innen, als auch eine Klassifikation von psychischen Störungen vorgenommen (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 17). Solche Klassifikationen und Differenzierungen sind insbesondere wichtig in z. B. Erstinterviews für fortlaufende psychodiagnostische Therapien, um die Fallgeschichten von Patient/innen zu konzeptualisieren und „Zusammenhänge zwischen der Symptomatik des Patienten und den Störungen seiner emotional-kognitiven Entwicklung zu beschreiben“ (ibid). Diese Beziehung zwischen Symptomatik und beschriebenen Störungen wird auch in dieser Abhandlung über Zusammenhänge zwischen sprachlich problematischen Momenten und emotional-kognitiven Aspekten

von Wichtigkeit sein. Obgleich in der Forschung durch beispielsweise die DSM-III, IV und ICD-10 bereits Versuche unternommen wurden, eben solche Klassifizierungssysteme zu erstellen, sind diese nach Meinung des Arbeitskreises OPD zu phänomenologisch und biologisch orientiert. Dies führe zu dem Problem, dass dadurch die „Validität diagnostischer Kategorien gegenüber der Reliabilität“ durch z. B. Verwendung von vieldeutigen und unscharfen psychoanalytischen Begriffen beeinträchtigt werde (ibid, S. 18).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass der Arbeitskreis OPD es sich zum Ziel gesetzt hat, den Bedarf einer diagnostisch relevanten Ebene zu decken. Mit Hilfe dieser Ebene soll dann „eine Verbindung zwischen der Symptomatik, den auslösenden Konflikten, den dysfunktionalen Beziehungen des Patienten und seiner Lebensgeschichte im weitesten Sinn“ hergestellt werden (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 18). Damit die Arbeit dann auch zukunfts wirksam Anwendung finden kann, hat sich der Arbeitskreis darauf geeinigt, dass

- a. die Arbeit an der ICD orientiert sein soll und
- b. hierzu ergänzend OPD-Achsen entwickelt werden müssen (ibid, S. 19).

Überblickend ergibt sich aus den Vorhaben des Arbeitskreises folgende Übersicht über die Zweckmäßigkeit der Forschung im Bereich der OPD: Eine Operationalisierung von psychodynamischen Diagnosen soll dazu verhelfen, dass

- a. klinisch-diagnostische Leitlinien,
- b. die Nutzung in der psychodynamischen psychotherapeutischen Ausbildung,
- c. die Verbesserung der Kommunikation innerhalb der *scientific community* und
- d. ein Forschungsinstrument für „Basisliniendaten“ bei Krankheitsverläufen, Therapieindikationen und Therapieeffizienz/-effektivität

umgesetzt werden kann. Um eine solche Umsetzung strukturell aufbauen zu können, wurde der Arbeitskreis in fünf Teilgruppen untergliedert. Wie sich diese Gruppen aufteilen und was sich hinter den einzelnen sog. *Achsen* verbirgt, soll im folgenden Teilkapitel erläutert werden.

3.2. Die Achsen des Arbeitskreises OPD

In seinen ersten Überlegungen beschloss der Arbeitskreis OPD, seine Untersuchungen in fünf Teilbereiche oder sog. *Achsen* zu unterteilen. Diese Einteilung sollte zum einen höchst mögliche Arbeitseffektivität sichern, zum anderen sollte die thematische Unterteilung in entsprechende Achsen als Stützpfiler bei der Umsetzung eines Operationalisierungssystems

dienen. Wie die einzelnen Achsen aufgebaut sind und was sich hinter den einzelnen Funktionen verbirgt, soll folgend erläutert werden.

- a. Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. Für diese Achse wurde auf Grund ihrer praktischen Relevanz entschieden mit dem Ziel, für die Psychotherapie umsetzbar zu sein. Sie ist der kognitiven Psychologie entlehnt und konzentriert sich auf Erlebenselemente und Therapiemotivation der Patient/innen. Unter Krankheitserleben werden hierbei sowohl emotionale und kognitive Prozesse, als auch offenes Verhalten verstanden unter Berücksichtigung folgender Faktoren:
 - Art und Schwere der vorliegenden Erkrankung,
 - das gesellschaftliche Umfeld,
 - die Arzt-Patient-Beziehung,
 - das psychosoziale Umfeld,
 - Persönlichkeitsmerkmale und
 - Behandlungsmotivation.

Zwar soll auf die einzelnen Punkte hier nicht im Detail eingegangen werden. Dem Arbeitskreis OPD war es nach eigenen Angaben jedoch wichtig, dass die Methodologie sowohl im psychischen, als auch im (psycho-)somatischen Krankheitsfeld Anwendung findet (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 37ff).

- b. Achse II: Beziehung. Die Gruppe dieser Achse konzentriert sich auf die habituellen Beziehungsmuster bzw. ihre *Dysfunktionalität*. Ziel dieser Teilgruppe ist es, Therapeut/innen ein „Kategoriensystem beobachtungsnaher Verhaltensweisen mit freier Kombinationsmöglichkeit“ bereitzustellen, anhand dessen sie das habituelle Beziehungsverhalten der Patient/innen und den typischen Reaktionsweisen derer Sozialpartner/innen untersuchen können. In Anlehnung an Lorna Smith Benjamin wurden zwei Kreismodelle herausgearbeitet, die auf der aktiven Ebene Abstufungen von ‚gewährter Autonomie‘ bis ‚Kontrolle‘ darstellt, auf der reaktiven Ebene von ‚Behauptung‘ bis ‚Unterwerfung‘. Mit ihrer Hilfe soll also ein für den/die jeweilige/n Patient/in typisches Beziehungsmuster erstellt werden (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 47ff).
- c. Achse III: Konflikt. Diese Achse widmet sich der zentralen Rolle der inneren Konflikte – ob nun lebensbestimmend und verinnerlicht, oder aktuell und von außen determiniert. Der Arbeitskreis bezieht sich bei der Erläuterung des Konfliktbegriffs auf Freud, für den Konflikte die Ursachen von Neurosen darstellen und im Widerspruch

zu persönlichen Normen, Werten und Gedanken stehen; in der kognitiven Theorie wird hierbei von ‚dysfunktionalen Konflikten‘ gesprochen. „*Psychodynamische Konflikte* sind somit innere, unbewusste Konflikte und müssen abgegrenzt werden von äußeren Belastungen oder konflikthaften Belastungen“ (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 58ff; Hervorhebungen im Original). Mit Hilfe bereits bestehender Forschung z. B. des *Karolinska Psychodynamic Profile* von Weinryb und Rössl oder der neurobiologischen Forschung von Lichtenberg, hat der Arbeitskreis nun folgende „zeitlich überdauernde Konflikte“ herausgearbeitet:

- Abhängigkeit vs. Autonomie,
- Unterwerfung vs. Kontrolle,
- Versorgung vs. Autarkie,
- Selbstwertkonflikte (narzisstische Konflikte, Selbst- vs. Objektwert),
- Schuldkonflikte (egoistische vs. prosoziale Tendenzen),
- Ödipal-sexuelle Konflikte,
- Identitätskonflikte (Identität vs. Dissonanz) und
- Eingeschränkte Konflikt- und Gefühlswahrnehmung.

Wichtig ist hierbei, dass sich dieses neue Modell den konflikthaften Interaktionserfahrungen eines Menschen als Grundeinheit bedient und sich somit von traditionellen psychoanalytischen Termini wie *Es*, *Ich* und *Über-Ich* loszulösen versucht, auch wenn sie darauf aufbauen.

- d. Achse IV: Struktur. Hier sollen Qualitäten und Insuffizienzen psychischer Strukturen aufgezeigt werden. Das strukturelle Muster eines jeden Menschen spiegelt sich in seinem interaktionellen Handeln wieder. Das bedeutet für Therapeut/innen, dass anhand von Erzählungen der Patient/innen evtl. strukturelle Störungen herausgearbeitet werden können. Notwendig für die Diagnostik ist hier also die Interaktion, die Kommunikation im Speziellen. Um nun das Erleben von Patient/innen so beobachtungsnah wie möglich in einer dynamischen Diagnosesituation umsetzen zu können, verzichtet der Arbeitskreis OPD auf eine theoretische Festlegung des Strukturbegriffs, sondern orientiert sich lediglich an dem Konzept der objektbeziehungstheoretischen, selbstpsychologischen und ichpsychologischen Ansätze. Hierzu hat der Arbeitskreis unterstützend sechs beobachtbare Funktionsebenen herausgearbeitet (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 67ff):

- Die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung,
- die Fähigkeit zur Selbststeuerung,
- die Fähigkeit zur Abwehr,
- die Fähigkeit zur Objektwahrnehmung,
- die Fähigkeit zur Kommunikation und
- die Fähigkeit zur Bindung.

Ihre Wichtigkeit in der Psychodiagnostik findet die hier kurz beschriebene Struktur-Achse darin, dass bei Patient/innen durch „[Entwicklungsdefizite] bestimmte strukturelle Differenzierungen und Integrationsschritte nicht erfolgt sind“ und dadurch das „Selbst weder autonom zu sein noch sich selbst ausreichend zu organisieren noch sich zu reflektieren“ vermag (ibid, S. 74).

- e. Achse V: Psychische und Psychosomatische Störungen. Auf dieser Achse sollen psychopathologische Phänomene unter Berücksichtigung der ICD-10 und DSM-IV beschrieben werden. Die Achse setzt sich zum einen zusammen aus der Erfassung psychischer und psychosomatischer Störungen, zum anderen aus der Erfassung von Persönlichkeitsstörungen. Die Arbeitsgruppe dieser Achse richtet sich dabei nach dem Kapitel V der ICD-10 und erweitert dieses zur Diagnosenstellung und Dokumentation als auch zur Ausdifferenzierung problematischer diagnostischer Kategorien um neue Konzepte. Bei diesen Erweiterungen handelt es sich um die Aufnahme der narzisstischen Persönlichkeitsstörung „auf Grund ihrer besonderen theoretischen wie klinischen Bedeutung“ und um die Ausdifferenzierung ein jener Kategorie, die sich den „psychischen Faktoren und Verhaltenseinflüssen bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen“ widmet (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 78ff).

Die Achsen I bis IV sind von der Psychoanalyse abgeleitet und stellen ein psychodynamisches Verständnis dar. Daher stammt auch die Bezeichnung der *psychodynamischen Achsen*. Achse V ist die *deskriptive Achse*. Bei der Ausarbeitung der Achsen ist es von vorrangiger Wichtigkeit, dass neben den dynamischen Achsen ausgleichend auch eine deskriptive Achse Beachtung findet. Die Herausforderung eines dynamischen Konzepts besteht eben darin, ein solches zu entwickeln mit dem Zweck, mehr Klarheit und Eindeutigkeit zu gestatten, ohne gleichzeitig zu deskriptiv zu werden bzw. an Dynamik zu verlieren (Arbeitskreis

OPD, 2004, S. 25). Diese Balance zwischen Dynamik und Deskription beschreibt der Arbeitskreis als „[Ziel], so viel Widerspruchsfreiheit wie möglich zu gewinnen und so viel dynamischen Gehalt wie möglich zu wahren“ (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 26).

3.3. Besonderheiten der OPD

Um den gesamten Umfang der Besonderheiten der OPD zu verstehen, gilt es auch zu durchleuchten, was die Besonderheiten der Psychoanalyse gegenüber anderer konkurrierender Konzepte sind. Der Arbeitskreis OPD (2004) schreibt hierzu, dass die Untersuchungsgegenstände der OPD (wie z. B. das Unbewusste, Verdrängungsprozesse, Affekte oder Übertragungsprozesse) „nicht direkt beobachtbar [sind], sondern müssen aus Beobachtungen erschlossen werden. Diese Ausgangslage macht ein Forschungsvorgehen notwendig, das die Vielfalt möglicher Beobachtungsdaten sowie die ihnen angemessenen Methoden der systematischen Beobachtung, Auswertung und Interpretation flexibel handhaben kann“ (ibid, S. 27). Zur Umsetzung des hier beschriebenen Forschungsvorgehens und zur Operationalisierung psychoanalytischer Konzepte hat es sich der Arbeitskreis zur Aufgabe gemacht, Strategien zur Beantwortung folgender Fragestellungen zu entwickeln (ibid, S. 29):

- a. Können psychoanalytische Hypothesen außerklinisch, d. h., auch experimentell, überprüft werden und zur Basis weiterführender Studien dienen?
- b. Können Befunde und Daten aus anderen Wissenschaftszweigen zur Validierung der psychoanalytischen Theorie herangezogen werden?
- c. Können psychoanalytische Hypothesen direkt klinisch untersucht werden?

Die hier aufgelisteten strategischen Erfüllungskriterien stellen zeitgleich auch Problembereiche anderer (Teil-)Disziplinen dar. Doch auch wenn, wie hier zu erkennen, ein Fokus auf der Validität liegt, müssen sich Forscher/innen der psychodynamischen Diagnostik des Problems bewusst sein, dass auch die Datensammlung der OPD nur eine gewisse Häufigkeit von Phänomenen aufzeigen kann, eine Allgemeingültigkeit jedoch kritisch gesehen werden muss (ibid, S. 31).

Abschließend sollen hier noch kurz die Grenzen erläutert werden, denen der Arbeitskreis unterliegt. Der Arbeitskreis OPD (2004) macht auf zwei Einschränkungen aufmerksam: Zum einen sind Klassifikationen wie solche, die hier vorgenommen werden, reduktionistisch. Sie neigen zur Festlegung von Gesetzmäßigkeiten und einer gewissen Allgemeingültigkeit in

Bereichen, in denen es aus der Natur des Forschungsgegenstandes heraus keine Gesetzmäßigkeiten oder allgemeine Gültigkeiten geben kann. Wenn die erbrachten Klassifikationen unkritisch angewandt werden, fällt dies also zu Ungunsten der Reliabilität und des individuellen Krankheitsbildes der Patient/innen aus. Zum anderen orientiert sich die OPD an einzelnen Erlebnisepisoden von Patient/innen anstelle einer gewissen Kontinuität deren Lebensgeschichten, die allerdings wichtig sind für die Identität der Patient/innen. Außerdem steht in dem Fall lediglich die aktuelle Diagnose im Vordergrund. Hierzu schreibt der Arbeitskreis OPD (2004): „Individuelle Lebensgeschichten als etwas nicht Reduzierbares lässt sich schlechthin nicht operationalisieren, kann damit auch nicht Gegenstand einer operationalisierten psychodynamischen Diagnostik sein; vielmehr stellt hier die Idiographik die angemessene Methodik dar“ (ibid, S. 33).

4. Fragestellungen

In den vorherigen beiden Kapiteln wurde der grundlegende Rahmen dieser Arbeit beschrieben und auch die expliziten Hintergründe des Arbeitskreises OPD, für dessen Forschung diese These erstellt wurde, sollten erläutert werden. Auf Grund der erhobenen Daten des Arbeitskreises OPD in Form von Erstgesprächen haben sich für mich einige Auffälligkeiten gezeigt, u. a. ein auffälliges Konversationsverhalten, wenn der/die Patient/in Reparaturen bei einer Zeitangabe durchführt. Um diese Auffälligkeiten genauer untersuchen zu können, zeichneten sich folgende Analysefragen ab:

- Was ging der Reparatur voraus und wie wurde auf sie reagiert?
- Von wem werden im Verlauf des Gesprächs die Reparaturen wieder aufgegriffen?
- An welchen Stellen/in welchem Kontext ist die Wiederaufnahme eingebettet?
- Wie wird hierbei mit dem zeitlichen Aspekt umgegangen?
- Inwiefern lenken Reparaturen den Konversationsverlauf?
- Inwiefern unterscheiden sich die Angaben von Zeiträumen in therapeutischen Gesprächen/Erzählungen von den Angaben von Zeitpunkten (z. B. Datumsangaben) / Warum finden Reparaturen nur bei Zeiträumen statt?
- Wie gestalten sich solche Reparaturen?

Die wichtigste Frage allerdings, auf deren Beantwortung die Analyse vordergründig gerichtet sein wird, ist folgende: Welche Relevanz für den Bereich der Psychoanalyse sind mögliche Erkenntnisse der in diesem Rahmen erbrachten Arbeit?

Vor der eigentlichen Analysearbeit soll jetzt nun vorerst das theoretische Fachwissen über die Konversationsanalyse, die Einzelfallanalyse im speziellen und Reparaturmechanismen in der gesprochenen Sprache stattfinden, da diese den Forschungsgegenstand dieser Arbeit darstellen.

5. Konversationsanalyse als methodisches Vorgehen

Nachdem im vorherigen Kapitel geklärt wurde, inwiefern die operationalisierte psychodynamische Diagnostik den Grundbaustein meiner Arbeit darstellt, möchte ich nun mein für die spätere Analyse relevantes methodisches Vorgehen erläutern. Hierfür werde ich erst auf die geschichtliche Forschungsentwicklung der Konversationsanalyse² eingehen, um dann ein grundlegendes Verständnis der für diese Arbeit notwendigen Methode der CA zu entwickeln.

5.1. Konversation und CA

In seinem 2010 erschienenen Einführungswerk zur CA beschreibt Sidnell (2010) Konversation als konstitutives Merkmal des gesellschaftlichen Daseins der Menschheit. Darin begründet sich auch die Wichtigkeit der CA, indem sie versucht, eben jene Konversationen zu beschreiben, zu analysieren und am Ende (so gut als möglich) auch zu verstehen (ibid, S. 1). Daher sind Gespräche im Alltag und in Institutionen bereits seit über einem halben Jahrhundert Forschungsgegenstand nicht nur von Sprachwissenschaftler/innen, sondern auch interdisziplinär in Soziologie, Psychologie, Anthropologie u.v.m. Die Begründer der uns heute bekannten und vielseitig angewandten CA sind Sacks, Schegloff und Jefferson (ibid, S. 2). Seine Motivation für die Forschung an Sprache in Konversationen begründet Sacks (1995) wie folgt:

In a way, our aim is [...] to get into a position to transform, in what I figure is almost a literal, physical sense, our view of what happened here as some interaction that could be treated as the thing we're studying, to interactions being spewed out by machinery, the machinery being what we're trying to find; where in order to find it we've got to get a whole bunch of its products. (ibid, V. 2, S. 169)

Meine besondere Aufmerksamkeit soll dem zweiten Teilabschnitt dieser Aussage gelten, in der Sacks (1995) gesprochene Sprache als großes Produkt einer Art Maschinerie bezeichnet. Es ist somit, wie hier beschrieben, die Aufgabe der CA, sich diese Maschinerie zum Untersuchungsgegenstand zu machen und das Gesprochene in der Interaktion zu ergründen.

² Obwohl es Unterschiede gibt zwischen der in der englischen Forschung verwendeten *conversation analysis* und der in der deutschen Forschung verwendeten Konversationsanalyse, soll im weiteren Verlauf dieser Arbeit von CA, abgeleitet von *Conversation Analysis*, die Rede sein

Bei der Metapher der Maschinerie handelt es sich jedoch nicht um evtl. biologische Abläufe, sondern um die Konversation als Gedanken, die durch gesprochene Sprache zu Wörtern formuliert werden, an eine/n oder mehrere Zuhörer/innen gerichtet, welche wiederum dann versuchen, die ursprünglichen Gedanken zu rekonstruieren (Sidnell, 2010, S. 2). Goffman (1983), der sich bereits Mitte des 20. Jahrhunderts mit der interaktiven Konversation beschäftigte, sieht Gespräche als ein eigenes soziales System mit innerem Leben, als eigene Welt mit ihren spezifischen grenzerhaltenden Tendenzen und Forderungen (ibid, S. 47). Aus diesem Grund unterliegen Konversationen auch gewissen – von unterschiedlichen Faktoren wie Kultur, Gender, Institution etc. abhängigen – Konventionen und Erwartungen bzw. Normen (Goffman, 1983, S. 2). Sobald also eine Äußerung (in der Fachliteratur häufig auch *utterance* genannt) außerhalb dieser Konventionen stattfindet, erzeugt diese Äußerung Konfliktsituationen (Sidnell, 2010, S. 9ff). Eine funktionierende Konversation setzt also ein gemeinsames oder geteiltes Verständnis einzelner Gesprächsgegenstände voraus (Goffman, 1983, S. 9). Dieses Verständnis wird in der heutigen Forschung als *Intersubjectivity*, im Deutschen auch als *Intersubjektivität* bezeichnet (Sidnell, 2010, S. 12). Frühere Forschung nahm an, dass diese Intersubjektivität lediglich in dem/der Patient/in stattfindet (Peräkylä, 2008, S. 114). Spätestens seit Odgen allerdings wird davon ausgegangen, dass hierfür mindestens zwei Geister (im Sinne von *minds*) nötig sind; Odgen (1994) selbst spricht sogar von dreien: Dem/der Patient/in, dem/der Therapeut/in und dem *analytic third* (ibid, S. 4; Stern bezeichnet dies als „mutual penetration of minds“, 2004, S. 75). Es muss betont werden, dass es sich bei der Intersubjektivität nicht um einen statischen Vorgang handelt, sondern um einen Entwicklungsprozess. Peräkylä (2008) schreibt hierzu, dass das differenzierende Selbst durch den Vorgang der Intersubjektivität wächst. Dieser Aspekt ist wichtig für die Psychoanalyse, da davon ausgegangen wird, dass in allem Gesagten der/die Sprecher/in seine/ihre Intention oder auch ein gewisses Verständnis für vorangegangene Aussagen zeigt (Peräkylä, 2008, S. 16; Voutilainen, 2014).

Da wir, wie bereits verdeutlicht wurde, von der Annahme ausgehen, dass Äußerungen in einer Konversation nie isoliert auftreten, sondern immer an ihren interaktiven Kontext gebunden sind, spricht die Forschung in der CA von *Talk-in-Interaction* (Weiste 2015, S. 18). Unter diesem Begriff wird die Abfolge von Aussagen gefasst, bei der die jeweils nächste Äußerung ein Verständnis oder eine Interpretation der ihr vorangegangenen widerspiegelt (Voutilainen, 2014, S. 8). Der Vorgang des Talk-in-Interaction splittert sich wiederum in

kleinere Einheiten, den sog. *Adjacency Pairs*, auf. *Adjacency Pairs* sind zwei aufeinander folgende Äußerungen, die ihrer Natur entsprechend zugehörig sind (wie z. B. Anfrage und Zusage, Frage und Antwort, Gruß und Gegengruß usw.). Sollten hierbei Probleme oder Verständnisschwierigkeiten auftreten, sowohl inhaltlich als auch akustisch, kann es zu sog. *Repairs* oder *Reparaturen* kommen. Bei dem Forschungsgegenstand der hier vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine spezielle Form der Reparaturen, auf die in Kapitel 7 genauer eingegangen werden soll.

Zusammenfassend kann also gesagt werden, dass CA ein Verständnis der Welt widerspiegelt, indem die damit arbeitenden Forscher/innen sammeln, organisieren und analysieren, was gehört (oder im weiteren Sinne wahrgenommen) wird (Sidnell, 2010, S. 17).

5.2. CA als Methode

Mit den soeben beschriebenen Gedankengängen sollte ein Verständnis erarbeitet werden, weshalb die Konversation aus verschiedenen Gründen als zu erforschender Gegenstand im Vordergrund mancher Wissenschaften steht. Im Folgenden soll nun die methodische Umsetzung und Realisierung im Arbeitsfeld der Linguistik erläutert werden.

Zu Beginn der Forschung an Konversationen, wie z. B. noch bei Freud, wurden Gespräche in Form von Mitschriften und Notizen im Anschluss an Sitzungen und Gespräche analysiert. Da diese Methode nur zu mäßigen und ungenauen Ergebnissen führte, wurde schnell auf die zur Verfügung stehende Technik zurückgegriffen. Gespräche wurden also auf Tonband aufgezeichnet mit dem Vorteil, sie in einer beliebigen Häufigkeit abspielen zu können, zu pausieren und erneut anzuhören. Mit dieser Methode kann selbst auf kleinste Nuancen geachtet werden, die evtl. den gesamten Konversationsverlauf beeinflussten (Sidnell, 2010, S. 23). Die Abstufungen der Detailvielfalt kann dabei je nach Forschungsinteresse sehr unterschiedlich ausfallen und dementsprechend vertieft werden. Allgemein kann gesagt werden, dass alle Beobachtungen, die getätigt werden können, auch unter Berücksichtigung von Sprechpausen, Atemzügen oder selbst Gesten (dementsprechend bei Videodateien ersichtlich) die Basis für spätere Theorien liefern (ibid, S. 28). Zur effektiven Beschreibung von Daten innerhalb der CA sind daraus folgend die hier aufgelisteten Anhaltspunkte und Arbeitsweisen unerlässlich (ibid, S. 29):

- a. Es muss so nah an den Daten gearbeitet werden wie möglich; nur auch wirklich Gesagtes wird notiert;

- b. von dem/der Untersuchenden motivierte oder sonstig psychologisch formulierte Beschreibungen sollten tunlichst vermieden werden;
- c. da nur tatsächliche Vorkommnisse beschrieben werden, sollte auf Vergleiche verzichtet werden („Describe what a thing *is* rather than what it is like.“).

Auf Grund dieses Vorgehens bezüglich der Theoriefindung beschreibt Sidnell (2010, S. 28) die CA mehr als eine Naturwissenschaft, die erst Beobachtungen anstellt anhand derer dann Theorien hergeleitet werden, als eine Sozialwissenschaft, in deren Feld die CA eigentlich angesiedelt ist, deren Vorgehen jener der CA entgegengesetzt ist (erst entstehen Theorien, denen dann die darauffolgende Forschung unterliegt). Ein solches Vorgehen verlangt nun eine gewisse Art der inneren Strukturierung und Organisation. In der CA erfolgt dies auf der Basis des *Turn-at-Talk* (ibid, S. 57ff). Dabei wird davon ausgegangen, dass alle Gesprächsteilnehmer/innen in einer linear chronologischen Abfolge sprechen und sich nacheinander ihrer *Turns* bedienen. Dieses Modell der Abfolge von Turns wird auch als *sequenziell* bezeichnet. Das genauere Verständnis vom sequenziellen Ablauf einer Konversation soll im folgenden Teilkapitel behandelt werden.

5.3. Sequenzialität von Konversation

Im vorherigen Teilkapitel sollte der Versuch gestartet werden, einen kleinen Abriss über die Notwendigkeit der CA für verschiedene Forschungsbereiche darzulegen. Zur Steigerung dessen soll nun in ein technischeres Format übergegangen werden, indem näher auf den strukturellen Aufbau von Gesprächssequenzen eingegangen wird.

Wie bereits erwähnt, geht die Theorie des sequenziellen Sprechens davon aus, dass gewisse Äußerungen eine aufeinander folgende Einheit bilden. Doch genau in dieser Aussage fundiert ist bereits die Kritik, die erstmals bei Schegloff Erwähnung fand und von Sidnell (2010, S. 63) weiter ausgeführt wird. Im Verlauf der Forschung innerhalb der CA wurde erkannt, dass zwei Äußerungen nicht zwingend sequenziell aufeinander folgen müssen, d. h., keine formale Gebundenheit aufweisen müssen, um eine gewisse Zusammengehörigkeit aufzuzeigen. Daher werden Sequenzen eher als zusammengehörige Einheiten gesehen, die zwar in einer logischen Abfolge stehen, jedoch nicht unmittelbar aneinandergebunden sind (ibid, S. 63). Dieses Verständnis von sequenzieller Konversation bietet die Möglichkeit, Phänomene wie das Ausbleiben von Reaktionen und Antworten nicht als fehlerhaft zu betrachten. Vielmehr handelt es sich hierbei um von der/dem Sprecher/in gewählte Relevanzkriterien (*condi-*

tional relevances) von Äußerungen (ibid). Die hier beschriebene logische Zusammengehörigkeit zweier Äußerungen wird in der Linguistik als *adjacency pairs* bezeichnet. Für das Vorhandensein eines solchen Paares können folgende Voraussetzungen festgehalten werden:

- a. Zwei Äußerungen müssen benachbart im Sinne von aufeinander folgend sein;
- b. sie müssen von unterschiedlichen Sprecher/innen kommen;
- c. sie müssen in *First Pair Part* (FPP; Initialbeitrag) und *Second Pair Part* (SPP; reaktiver Beitrag) gliederbar sein;
- d. sie müssen von ihrem Wesen her typisiert sein, sodass ein dementsprechendes Paar gebildet werden kann.

Dass die Forschung davon ausgeht, zusammengehörige Äußerungen, die eine Sequenz bilden, müssen nicht zwingend unmittelbar aufeinander folgen, ermöglicht die konversationsanalytische Annahme, dass zum einen ein *Adjacency Pair* aus mehreren Turns bestehen kann und zum anderen, dass es durch sog. *expansions* auch wie folgend dargestellt bis über mehrere Turns hinweg ausgebaut werden kann (Sidnell, 2010, S. 95; Fig. 6.1.):

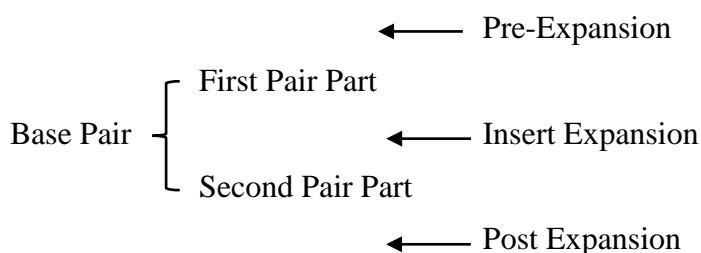


Abb. 1: Erweiterungen des Adjacency Pair nach Sidnell

Wie der Darstellung zu entnehmen ist, besteht das *Basispaar* (*Base Pair*) jeweils aus dem FPP und SPP. Da der FPP die jeweilige Sequenz eröffnet, kann dieser nun um eine *Pre-expansion* erweitert werden. Teilweise können diese auch typen-spezifisch sein, wie z. B. *Pre-invitations* („Hast du heute schon was vor?“) oder *Pre-announcements* („Soll ich dir erzählen, was ich heute erlebt habe?“). *Pre-expansions* sind dementsprechend vorbereitend für den Redebeitrag, der getätigt werden soll und der durch den FPP implementiert ist (Sidnell, 2010, S. 95). Da der SPP dagegen eine Sequenz abschließt, kann dieser um eine *Post expansion* erweitert werden. *Post expansions*, die eine komplette Sequenz abschließen, sind laut Forschung *Sequence-closing thirds* (ibid). Bei möglichen eingeschobenen Turns innerhalb der Sequenz zwischen FPP und SPP handelt es sich um *Insert expansions*. Auf weitere Beispiele solcher Erweiterungen soll hier vorerst verzichtet werden,

Im Vergleich zu anderen Konversationspraktiken wie z. B. der Diskursanalyse bei Foucault, die das Wirken des gesamten Diskurses untersucht, kann an dieser Stelle nun festgehalten werden, dass die (pragmatische) CA versucht, Beziehungen zwischen Redenspraktiken und Actions-in-Talk zwischen einzelnen Sequenzen zu untersuchen (ibid, S. 73).

Da ich im Rahmen dieser These keine quantitative Forschung betreiben möchte, sondern mich lediglich auf zwei Beispiele konzentriere, handelt es sich methodologisch um Einzelfallanalysen. Was genau darunter zu verstehen ist, soll im folgenden Kapitel erörtert werden.

5.4. Einzelfallanalyse

Nachdem nun ein allgemeines Verständnis von Konversationsanalyse erarbeitet wurde und auch bereits auf die für diese Arbeit wichtigen Eigenschaften der Sequenzanalyse eingegangen wurde, möchte ich in einem weiteren Schritt die in diesem Bereich angesiedelte Einzelfallanalyse näher erläutern. Da ich in meiner Arbeit keine quantitative Forschung betreibe, sondern mit zwei Beispielen, an denen ich allerdings sehr detailliert arbeiten möchte, sollen nun die Besonderheiten der Einzelfallanalyse besprochen werden, wie sie Deppermann (2008) in seinem Einführungswerk zur Gesprächsanalyse beschaulich und prägnant darstellt.

Nach Deppermann (2008, S. 53; Hervorhebungen im Original) ist die detaillierte Sequenzanalyse am Einzelfall der Dreh- und Angelpunkt für:

- a. Die empirisch fundierte *Definition* von Gesprächspraktiken, die zum Gegenstand der weiteren Analyse werden sollen,
- b. die Entwicklung von *Fallinterpretationen*,
- c. die Bildung von theoretischen *Konzepten*,
- d. den Gewinn, die Präzisierung und die Überprüfung von Aussagen über *allgemeine Prinzipien und Strukturen* von Gesprächsprozessen.

Zur Analyse dienen dann sog. heuristische Fragen, die Deppermann (2008) deshalb so benennt, da diese Fragen sich nicht aus festgesetzten Theorien herleiten, sondern lediglich als Orientierungsmittel dienen, anhand derer „die analytische Sensibilität [gesteigert] wird, Beschreibungsinstrumente bereitgestellt werden und grundlegende Interaktionseigenschaften zum Gewinn, zur Fundierung und zur Prüfung von Aussagen über Gespräche genutzt werden“ (ibid, S. 54). Da es sich hierbei also um allgemein formulierte, methodische Hilfsmittel

handelt, müssen sie für den Einzelfall dann jeweils modifiziert und erkenntnistheoretisch angepasst werden.

Da in dieser Arbeit die Sprechaktivitäten einzelner Sprecher/innen im Vordergrund stehen werden, werden diese als *relationale Aktivitäten* untersucht (ibid, S. 54). Relational sind sie dahingehend, als dass sie im Zusammenhang mit dem jeweils davor und danach Gesagten behandelt werden (vgl. *Expansions*). Deppermann (2008) bezeichnet die jeweils im Fokus stehende Äußerung als *fokale Einheit*. Dieser Begriff soll auch für die hier später stattfindende Analyse verwendet werden. Des Weiteren ist es bei einer sequenziellen Analyse von Bedeutung, Schritt für Schritt vorzugehen und ein Vorhergreifen auf spätere Äußerungen zu unterlassen. Daraus ergibt sich dann für den/die Forschenden eine Prozessgestalt, aus der Gesprächsprinzipien herausgearbeitet werden können (ibid). Deppermann (2008) hat für diese Forschungspraktik sieben Analysegesichtspunkte aufgestellt, die dabei unterstützend herangezogen werden können. Im Folgenden sollen jene Gesichtspunkte aufgelistet und kurz erläutert werden (ibid, S. 55ff):

- a. Paraphrase und Handlungsbeschreibung: Hierbei wird, wie die Bezeichnung bereits impliziert, in einem ersten Schritt die zu untersuchende Passage paraphrasiert und sprachliche Handlungen dargelegt. Dies dient einem allgemeinen Überblick. Dieser Schritt unterliegt jedoch zwei wesentlichen Einschränkungen:
 - Formulierungen zu Paraphrase/Handlungsbeschreibungen sind vorläufig; die systematische Analyse erfolgt in späteren Schritten;
 - Es muss immer darauf geachtet werden, dass später nicht die Paraphrase, sondern die originale Äußerung analysiert wird; semantisch kann sich der/die Forscher/in an der Paraphrase orientieren.

Darüber hinaus sollte beachtet werden, dass die in dieser Arbeitsphase zu erbringenden Schritte *indexikalisch* sind, d. h., sie setzen nicht erbrachte Sachverhalte etc. stillschweigend voraus; „Prinzipiell geht es also nicht um maximale Explizitheit, sondern darum, eine Explikation zu erreichen, die für das eigene Untersuchungsinteresse hinreichend umfassend und präzise ist“ (ibid, S. 56).

- b. Äußerungsgestaltung und Formulierungsdynamik: Hierbei wird die Art und Weise des Sprechens auf den linguistischen Ebenen der Phonetik, Prosodie, Grammatik, Lexik und Stilistik untersucht. Die genauen und detaillierten Beschreibungen hängen dann jeweils zum einen von den Untersuchungsfragen, zum anderen von den zu

Grunde liegenden linguistischen Theorien ab, anhand derer gearbeitet wird. Zusätzlich zu oben erbrachter Aufzählung können an dieser Stelle non-vokale Aspekte mit untersucht werden. Allerdings ist dieser Schritt lediglich die linguistische Beschreibung und noch keine Interpretation. Für die weitere Arbeit mit den hier aufgezählten linguistischen Merkmalen sollte dann folgendes beachtet werden:

- Sie werden einzeln erfasst, aber auf Grund ihrer holistischen Eigenschaft im Verhältnis zueinander interpretiert;
- sie haben keine absolute Bedeutung, vielmehr sind ihre Differenzen bedeutungstragend;
- sie dienen als Kontextualisierungshinweise und daher der späteren Kontextanalyse.

Wichtig bei diesem Arbeitsschritt ist darüber hinaus auch die Berücksichtigung der Formulierungsdynamik von sog. *Beitragskonstruktionseinheiten* (*turn-constructioal units*, im Folgenden nur noch als TCU bezeichnet), bei denen es sich um die kleinsten Einheiten handelt, nach denen ein Sprecherwechsel möglich wäre. Auf die sprachliche Ausgestaltung von Units und Turns wurde in Kapitel 5.3 bereits beispielhaft eingegangen (vgl. hierzu *Expansions* und *Adjacency Pairs*). Da besonders im Rahmen dieser Arbeit Gesprächshandlungen, v. a. grammatische Merkmale, untersucht werden sollen, ist eine detaillierte linguistische Beschreibung unabdingbar.

- c. Timing: Wie der Begriff bereits vermuten lässt, geht es bei diesem Schritt um die zeitliche Abfolge der Äußerungen. Dabei ist ebenfalls die Beachtung des Sprecherwechsels wichtig und wie dieser gewählt wurde (*Fremdwahl* vs. *Selbstwahl*) und wie dieser im Verhältnis zum Rederecht steht. Hierunter fallen auch evtl. Sprechpausen, Überlappungen etc.
- d. Kontextanalyse: Sie baut auf dem Prinzip des *Talks-in-Interaction* auf (vgl. Kapitel 5.1). Mit dem Kontext einer Äußerung bezeichnet Deppermann (2008) jene Dimensionen, die
 - nicht den Gegenstand der Äußerung bilden und
 - als Interpretationshintergrund herangezogen werden müssen, um Motivation, Bezugnahmen und Funktionen von Äußerungen zu verstehen (ibid, S. 62).

Da jene Kontextdimensionen immer perspektivisch, hierarchisch und funktional gegliedert sind, zeigen sich für eine strukturierte Analyse folgende Fragestellungen als entscheidend (ibid, S. 63, Hervorhebungen im Original):

- Was geht einer fokalen Äußerung voraus?
- Wie bezieht (auf welche Beiträge/in welcher Relation) sich die fokale Äußerung auf Vorangegangenes?
- Welche Voraussetzungen werden mit der fokalen Äußerung gemacht?

Für die Beantwortung dieser Kontextfragen ist abermals das Verständnis von der Relation erbrachter Äußerungen und *Talk-in-Interaction* von besonderer Bedeutung. Wichtig ist hierbei auch die Beachtung von Kohäsion und Kohärenz, also äußerem und innerem Zusammenhang der jeweiligen Gesprächssituationen. Dies setzt die Ansicht der lokalen Produktion voraus, d. h., Äußerungen werden nicht *ad hoc* getätigt, sondern „werden in ihren Details zu dieser Gelegenheit für diese Gelegenheit produziert“ (ibid, S. 64). In der Sequenzanalyse wird dementsprechend dem Prinzip der lokalen Kohärenz gefolgt. Jenes besagt, dass jede Äußerung den Bezugsrahmen für die unmittelbar folgende liefert, insofern nichts Anderes sprachlich explizit festgehalten wurde. Dies kann sich sowohl auf die zeitliche, als auch auf die kausale Abfolge beziehen (*post hoc ergo propter hoc*). Evtl. Ausnahmen dieses Prinzips sind möglich, so z. B. im Falle der bereits erwähnten *Insert Expansions* (vgl. Kapitel 5.3). Auf dieser Ebene soll auch das Funktionspotenzial der fokalen Aktivität erörtert werden. Des Weiteren ist hier das ethnographische Wissen über die Äußerungssituation unabdingbar. Zuletzt spielt hierfür auch der Vorgang der dynamischen Kontextentwicklung eine wichtige Rolle, d. h., der Vorgang, in dem die Gesprächsteilnehmer/innen kontinuierlich einander zu verstehen geben, dass sie wissen, in welchem Kontext sie sich akut befinden.

- e. Folgeerwartungen: Unter diesem Aspekt wird verstanden, dass sich eine Äußerung nicht nur auf den ihr vorangegangenen Kontext bezieht; darüber hinaus bildet sie noch einen eigenen. Diese Eigenschaft steht in Verbindung zu der bereits erwähnten konditionalen Relevanz (*conditional relevance*). Folgeerwartungen „eröffnen qualifizierte Leerstellen (*slots*), die durch einen Beitrag gefüllt werden können (*filler*) [...]“ (ibid, S. 68; Hervorhebungen im Original). Je nach Gehalt kann ein Folgebeitrag B die
- *präferierte* Folge (löst die durch A geschaffene Erwartung A ein),
 - *dispräferierte* Folge (löst sie nicht, zeigt jedoch Kenntnis über die Erwartung) oder
 - *ignorierende* Folge (löst sie nicht, eine Kenntnis wird nicht gezeigt)

eines vorangegangenen Beitrages A sein; sie treten normativ auf. Diese Erwartungen gelten auch für Äußerungen des/der Sprechers/in selbst, sind also *Selbstverpflichtungen*. Darüber hinaus werden Folgerwartungen empirisch erschlossen, d. h., sie stützen sich auf *interaktive Konsequenzen* und somit auf Reaktionen der Gesprächsteilnehmer/innen.

- f. Interaktive Konsequenzen: Laut Depperrmann (2008) handelt es sich hierbei – bei der Untersuchung von Reaktionen einer fokalen Äußerung – um die wichtigste Analyseaufgabe. Sie dienen zeitgleich den Gesprächsteilnehmer/innen und den Analytiker/innen als Interpretations- und Verständnismoment. An dieser Stelle werden die systematischen Konsequenzen (*procedural consequentiality*) geprüft und Handlungsprinzipien erstellt. Hier werden Bedeutungen hervorgehoben, die im Interaktionsprozess entwickelt wurden. Solche Bedeutungen sind allerdings verhandelbar, vage und flexibel. Das Verständnis jener zeigt sich dann wiederum in Deutungen, die nachträglich durch beispielsweise *Formulations*, *Reframings*, *Accounts* oder *Repairs* modifiziert werden (vgl. Kapitel 7). Die Analyse der interaktiven Konsequenzen kann nach Depperrmann (2008) vier Positionen berücksichtigen:

- Die Fortsetzung des Beitrags durch den/die Sprecher/in,
- unmittelbar anschließende Reaktion(en) der Gesprächspartner/innen,
- die Reaktion des/der Sprecher/in der fokalen Äußerung auf diese Reaktionen und
- Rückbezüge auf die fokale Äußerung im späteren Gesprächsverlauf.

Bei der späteren Analyse wird deutlich werden, weshalb hier besonders der zuletzt genannte Aspekt von größerem Interesse sein wird. Wie bereits in Kapitel 5.3 angedeutet, hat jede Äußerung sowohl eine initiative, als auch eine reaktive Komponente, d. h., sie reagieren auf vorher Gesagtes und eröffnen einen neuen Kontext. Von besonderer Wichtigkeit sind nach Depperrmann (2008) die Reaktionen auf die fokale Äußerung, da sich in ihnen intersubjektive Erwartungen, Präferenzen etc. zeigen. Anhand dieser Reaktionen kann der/die Sprecher/in der fokalen Äußerung sich für eine Stellungnahme entscheiden (*third position*). In der dritten Position können sich Intentionen des/der Sprecher/in widerspiegeln. Die dritte Position bestätigt somit zuvor getätigte Hypothesen für Folgerwartungen oder lehnt diese ab. Daraus ergibt sich folgen-

der Dreischritt: Fokale Äußerung (erste Position) – Reaktion der Gesprächspartner/innen (zweite Position) – Reaktion des/der Produzent/in der fokalen Äußerung (dritte Position).

- g. Sequenzmuster und Makroprozesse: „Interaktanten stehen vor jedem Gespräch vor bestimmten Aufgaben, die zu bewältigen sind“ (ibid, S. 75). Diese Bewältigung findet zeitlich linear statt und jede/r Teilnehmer/in muss seinen/ihren Beitrag dazu leisten, wodurch ein Sequenzmuster entsteht. Für die meisten Sequenzmuster gilt die Drei-Phasen-Gliederung in Eröffnungsphase, Durchführungskern und Beendigungsphase. Diese Phasen oder ihre Übergänge können durch Grenzmarkierungen oder Diskursmarker gekennzeichnet sein. *Adjacency Pairs*, konditioniert durch konditionelle Relevanz und Präferenzorganisation, bilden die Grundbausteine für Sequenzmuster. Jede Kernaktivität kann durch eine bestimmte Sequenztype erweitert werden – hierbei handelt es sich ganz dem Prinzip der *Expansions* ähnelnd um Prä-, Post-, Einschubs- oder Nebensequenzen. In diesem Arbeitsschritt kann einerseits untersucht werden, wie die jeweiligen Teilnehmer/innen die Interaktionsaufgaben lösen, andererseits kann die Form und Realisierung des fokalen Elements anhand seiner Sequenzposition untersucht werden. Unter dem Begriff der Makroprozesse werden dann die übergreifenden Interaktionszusammenhänge verstanden, wobei diese dann durch dynamische Prinzipien beschrieben werden.

Deppermann (2008) führt in seinem Einführungswerk noch viele weiteren Spezifikationen zur Gesprächsanalyse aus, die allerdings über das notwendige Werkzeug für die spätere Analyse hinausgreifen würden. In diesem Kapitel sollte eine prägnante Übersicht über die CA als Methode in der Linguistik erstellt werden. Darüber hinaus war es wichtig, auf die Besonderheiten der Einzelfallanalyse einzugehen, da jene dargestellte Sensibilität essentiell für diese Arbeit sein wird. In einem nächsten Schritt sollen nun die Fragen gestellt werden, unter deren Fokus die zu analysierenden Gespräche stehen werden.

6. CA und ihre Bedeutung in der Psychotherapie

Bevor ich in Kapitel 7 auf sprachliche Reparaturen und deren Bedeutung in der psychoanalytischen Forschung eingehe, soll an dieser Stelle ein Übergang zwischen der Analyse von Konversationen und deren Bedeutung in der Psychotherapie stattfinden. Hierfür soll zunächst die Frage geklärt werden, was unter Psychotherapie verstanden werden kann und wo sie ihre Anfänge fand.

Bei der Verfolgung von psychoanalytischen Methoden führt die Forschung zurück bis zu Freud, der erstmals Aufzeichnungen untersucht, um sie später therapeutisch umzusetzen (Peräkylä et al., 2008, S. 5). Bei den Aufzeichnungen handelt es sich um Niederschriften der Anna O., die darin versucht, ihre eigenen Gedanken und Sorgen zu verarbeiten, um sie dann später im Gespräch zu therapieren. Daher spricht Anna O. in diesem Fall auch von „the talking cure“ (ibid; Konerding, 2015). Schon damals wird erkannt, dass es sich bei den von Anna O. beschriebenen Problemsituationen um Momente handelt, die auf ihren Geist, ihr Verhalten oder ihre Gesellschaftsbeziehungen zurückzuführen sind. Bis heute setzen Analyseverfahren, egal ob in Einzel-, Gruppen- oder Familientherapie, ihren Fokus auf diese drei Aspekte. Zu diesem Zweck untersucht die Forschung hierbei sowohl Patient/innen, als auch Therapeut/innen jeweils in ihren Rollen als Zuhörer/innen, Redner/innen, Fragensteller/innen und Beantworter/innen (ibid, S. 6). Therapeut/innen setzen dabei in Patient/innen zwei miteinander verknüpfte Aspekte voraus: Der eine ist jener der öffentlichen und daher sichtbaren Gedanken, der andere ist jener der privaten und intimen. Um gerade letzteren geht es besonders bei der Arbeit in der Psychotherapie und bei psychoanalytischen Gesprächen. Hier wird bereits die Rolle der CA in psychodiagnostischen Gesprächen sichtbar: Sie soll als Unterstützung dienen, die Entwicklung und Entfaltung der Sitzungen schrittweise zu durchleuchten. Dabei wird das Ziel verfolgt zu analysieren, mit welchen sprachlichen Mitteln die Gesprächspartner/innen miteinander in Aktion treten. Es ist wichtig zu beobachten, wie diese Mittel ausgeführt und ausgebaut werden durch z. B. Gesten oder bereits erwähnte Reparaturen (ibid, S. 7).

Wie Peräkylä et al. (2008) festhalten, analysieren Hockett als Linguist auf der einen Seite, Pittenger und Daheny als Psychotherapeuten auf der anderen Seite erstmals Eingangssequenzen von psychotherapeutischen Gesprächen anhand von Audioaufnahmen anstelle von Mitschriften oder Notizen. Motiviert werden sie, wie Pittenger es beschreibt, durch den Wunsch Erkenntnis darüber zu erlangen, worin die Natur gewisser Verhaltensweisen ihrer

Patient/innen liegt. Darüber hinaus beschreiben sie den Wunsch über dieses Wissen als grundlegendes wissenschaftsbezogenes Interesse und als wichtigen Bestandteil zur Ausbildung einer neuen Generation von Therapeut/innen (Pittenger et al., 1961, S. 5). Voraussetzung hierfür ist die Berücksichtigung von gesprochener Interaktion und die Fokussierung auf Wortwahl und Prosodie als Forschungsmethode. Ein weiterer Meilenstein für die CA innerhalb der Psychodiagnostik ist dann die Forschung von Labov und Fanshel (1977, S. 60ff), die in ihrer Abhandlung über den therapeutischen Diskurs und der Psychotherapie als Konversation vier grundlegende Aktionstypen beschreiben, die während einer Äußerung vorgenommen werden. Es handelt sich hierbei um

- a. *metalinguistic action* (eine Aktion beginnen, fortführen oder beenden),
- b. *representation*,
- c. *request* und
- d. *challenge*.

Bei Labov und Fanshel handelt es sich auch um die Begründer der sog. *ownership of experience*, in welchem Fall zwischen zwei unterschiedlichen Eventtypen unterschieden wird: Den A-Events, bei denen es sich um Events erster Hand durch z. B. biographische oder eigens erlebte Ereignisse handelt und den B-Events (Erzählungen zweiter Hand), bei denen es sich um Beschreibungen von Angelegenheiten Dritter handelt (Peräkylä et al., 2008, S. 10). Der Nachteil bei dieser Forschungsmethode liegt allerdings darin, dass sie sich auf Einzelevents konzentriert und sie dadurch als zu verallgemeinernd anzusehen ist. Aus diesem Grund nimmt sich die jüngste Forschung wie z. B. von Peräkylä et al. (2008) zum Ziel, Veränderungen zu beschreiben, die individuell während einer therapeutischen Interaktionen in den Teilnehmer/innen vor sich geht.

Es stellt sich nun die Frage, warum in diesem Kontext ausgerechnet die CA als Forschungsmethode und nicht etwa die kognitive Psychologie o. ä. Anwendung findet. Die Antwort finden Peräkylä et al. (2008) darin, dass die CA das einzige Vorgehen ist, das feinfühlig den Verlauf untersucht, den Therapeut/innen und Patient/innen gemeinsam, also interaktiv, vornehmen. Darüber hinaus ermöglicht die CA eine Untersuchung nach dem *moment-by-moment*-Prinzip (ibid, S. 12). Des Weiteren ist es Untersuchungsgegenstand der CA „how interactants design their utterances in such a manner that makes [these] utterances intrinsically related to preceding and subsequent utterances“ (ibid, S. 13) – was uns wieder zu der Thematik

der Adjacency Pairs führt. Wie also bereits zuvor erwähnte Forscher beschreiben auch Peräkylä et al. (2008), wie Antworten und Reaktionen von Patient/innen, egal ob in Form von Geschichten, Antworten oder interpretativen Aussagen, ein (un-)bewusstes Verständnis ihrer eigenen Erfahrungen ausdrücken. Somit ist es eine der Hauptaufgaben von Therapeut/innen, ihre Patient/innen dazu zu motivieren, etwas zu erzählen, selbst wenn es sich um heikle (oder private) Themen handelt – oder gerade über solche. Patient/innen sind die Eigentümer von solchem privaten und intimen Wissen und daher auch als einzige dieses Wissens mächtig (ibid, S. 20). Durch dieses Eigentumsverhältnis ergibt sich auch, dass Therapeut/innen jeweils andere Sprechrechte haben und intervenieren müssen, um die Darstellungen in Richtung der therapeutischen Relevanz zu lenken (Peräkylä, 2008; Voutilainen, 2014). Voutilainen (2014; Antaki, 2008) betont in ihrer jüngsten Forschung über *Therapeutic Conversation*, dass für das Erlangen eben erwähnten Wissens der Patient/innen den Formulierungen, derer sich Therapeut/innen bedienen, eine besondere Bedeutung zugeschrieben werden muss:

Formulations can serve [...] to establish the events or experiences that the client has spoken about as therapeutically relevant or therapeutically irrelevant, to intensify and underline emotional or conflictual issues, to prepare the ground for interpretation, to challenge the client's reasoning and to manage the agenda of the therapeutic session. (Voutilainen, 2014, S. 9)

Darüber hinaus zeigen Formulierungen, ob Therapeut/innen zuhören und verstehen, was ihnen mitgeteilt wurde. Voutilainen (2014) differenziert zwischen Formulierungen und Interpretationen dahingehend, dass für sie eine Formulierung etwas tatsächlich Gesagtes darstellt und Interpretationen eine Übertragung von Gedanken der Patient/innen und eine Erweiterung des Verständnisses der Therapeut/innen (ibid, S. 11).

Weiter weist auch Peräkylä (2008) darauf hin, dass es sich in der Psychoanalyse um Interpretationen der Therapeut/innen handelt. Somit ist die CA insofern hilfreich, als dass sie durch die Möglichkeit der detailgenauen Analyse Untersuchungen an solchen Interpretationen zulässt, zu möglichen konversationsanalytischen Erklärungen führen kann und darüber hinaus Rückschlüsse über reaktives Verhalten zulässt:

To sum up, CA research on interpretations explicates the sequential structures, or patterns of activity, that lead towards interpretations, and follow from the interpretations. By so doing, the research reveals some until now

unexplicated aspects of the technique of psychoanalysis, and some until now unexplicated ways in which the clients display or reveal the mental events that the interpretations instigate in them. CA also shows how the client's understanding of his or her mind, sought after in interpretations, is a thoroughly dialogical achievement. (ibid, S. 106)

Auf diese Weise können diverse Techniken für Therapeut/innen eruiert und mentale Vor- und Zugänge zu Patient/innen freigelegt werden. Es wurde beobachtet, dass hierbei ein Wachsen von Patient/innen in der Zusammenarbeit mit Therapeut/innen basierend auf gegenseitiger Anerkennung und gefühlsbezogener Darstellung (inkl. Verständnis und Missverständnis) auftritt, was bereits in Mutter-Kind-Interaktionen erforscht wurde und unter dem Begriff *Affective Communication* in der Forschung bekannt ist (ibid).

Im letzten Abschnitt dieses Kapitels zur CA in der Psychotherapie möchte ich noch kurz auf den Unterschied zwischen kognitiver Psychotherapie und Psychoanalyse eingehen, wie ihn Weiste und Peräkylä (2013) vornehmen, da besonders jene Gesichtspunkte der Psychoanalyse für diese Arbeit ausschlaggebend sind. Sie stellen die Unterschiede hier kurz zusammengefasst in einer Übersicht wie folgt dar:

Psychotherapie	Psychoanalyse
<ul style="list-style-type: none"> • Konzentriert sich auf aktuelle Probleme 	<ul style="list-style-type: none"> • Steigerndes Bewusstsein für psychische Vorgänge
<ul style="list-style-type: none"> • Versucht, kognitive Dysfunktionen herauszufiltern 	<ul style="list-style-type: none"> • Versucht, auf unbewusste psychische Phänomene aufmerksam zu machen
<ul style="list-style-type: none"> • Überspitzte Formulierungen, um etwas hervorzuheben, das nicht plausibel ist 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlagernde Formulierungen, um Erzähltes mit Erlebnissen aus anderer Zeit/anderem Ort zu verknüpfen

Abb. 2: Unterschied zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse nach Weiste & Peräkylä (2013, S. 301ff)

Ergänzend hierzu schreibt Konerding (2015, S. 228): „‘Formulierungen‘ sind dadurch gekennzeichnet, dass sie auf eine Äußerung des Patienten unmittelbar folgen, zentrale Aspekte des inhaltlichen Gehalts dieser Äußerung mit wenigen Worten reformulieren bzw. paraphrasieren und dabei [...] in der Regel spezielle Aspekte des Gehalts der Äußerung des Patienten in den Vordergrund der Aufmerksamkeit rücken“. Weiter schreibt Scavaglieri (2013, S.

163) über den therapeutischen Zweck der (Re-)Formulierung: „Indem das Erleben neu ausgedeutet und durch neues Wissen zusätzlich beleuchtet wird, wird für PA [= Patient] verstehbar, warum er in bestimmten Situationen auf eine bestimmte Art handelt und empfindet.“ Wichtig bei der Unterscheidung sind die beiden unterschiedlichen Formulierungsarten (Re- und Neuformulierung), die idealtypisch von Therapeut/innen angewandt werden. Was beide Formen gemeinsam haben, sind die prosodischen Eigenschaften, die durch Neuphrasierung von Formulierungen entstehen, um Aussagen von Patient/innen auf eine neue oder andere Ebene (*trajectory*) zu bringen (Weiste & Peräkylä, 2013, S. 28). Sukzessiv sollen Therapeut/innen ihre Patient/innen also mit zunehmender Selbsterfahrung auf die nächste Entwicklungsstufe bringen, indem sie hierfür kommunikative Kontexte schaffen (Konerding, 2015, S. 236).

Abschließend soll zusammengefasst werden, dass durch die Arbeit mit der CA im therapeutischen Bereich nicht nur ermöglicht wird, detailgenau und nuanciert zu arbeiten. Darüber hinaus können auch Theorien und Methoden erarbeitet werden, die dank möglicher Erkenntnisse durch die CA zu zielgerechterem Arbeiten und angestrebten therapeutischen Erfolgen verhelfen können.

7. Reparaturen in der gesprochenen Sprache

In den ersten Kapiteln sollte ein Rahmen gestaltet werden, innerhalb dessen die Arbeit angesiedelt ist. Danach erfolgten die Überlegungen zur Methode, die für die später vorgenommenen Einzelfallanalysen von grundlegender Bedeutung sein werden. In diesem Kapitel soll jetzt noch der Forschungshintergrund zu Reparaturen erläutert werden. Hierfür möchte ich erst auf Reparaturen in der gesprochenen Sprache eingehen und danach Bezüge zur Freudschen Forschung herstellen, die essentielle Theorien für meine spätere Analyse aufzeigt.

Generell kann unter einer Reparatur Folgendes verstanden werden: „[...] a co-interactant interrupts the ongoing course of action to attend to possible trouble in speaking, hearing or understanding the talk“ (Kitzinger, 2013, S. 229). An diesem Zitat orientiert sich die heutige Forschung im Bereich der sprachlichen Reparaturen. Unter *Trouble* werden hierbei fehlerhafte Artikulierung, Wortwechslungen (Begriff aus Freud, 1912), falsche Wortverwendung, das Vergessen eines Wortes, mangelndes Hör- oder Sprechvermögen oder Verständigungsschwierigkeiten gefasst (ibid). In solchen Fällen können von Teilnehmer/innen Reparaturen vorgenommen werden, um zu garantieren, dass in einem solchen Fall die Interaktion nicht einfriert, d. h., die Intersubjektivität soll damit aufrechterhalten werden. Dabei gilt es grundlegend zwischen den selbst- oder fremdinitiierten (*self-initiated* vs. *other-initiated*) Reparaturen zu unterscheiden. Am häufigsten handelt es sich bei Reparaturen um selbstinitiierte, was bedeutet, dass die sog. *trouble source* oder *Problemquelle* von dem/der Sprecher/in verursacht wird. Häufig äußert sich die Initiierung darin, dass der/die Sprecher/in im Gespräch innehält oder zögert, um etwas Gesagtes zu verbessern oder zu korrigieren, was er/sie als mögliche Problemquelle erachtet. In diesem Fall hat der/die Sprecher/in die Reparatur nicht nur selbst initiiert, sondern auch selbst durchgeführt. Bei einer fremdinitiierten Reparatur macht dementsprechend ein/e andere/r Teilnehmer/in als der/die Produzent/in der Problemquelle auf jene aufmerksam (ibid, S. 231). Die folgende Grafik soll dies etwas übersichtlicher darstellen:

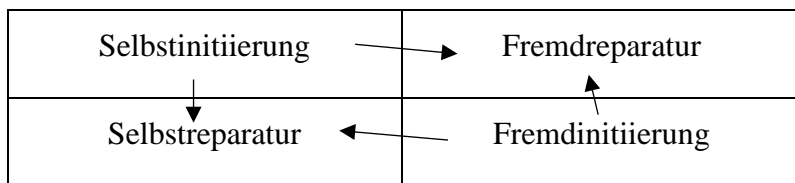


Abb. 3: Mechanismus von sprachlichen Reparaturen

Die Auswirkung auf das Gespräch, abhängig davon, wer die Reparatur durchführt, unterscheidet sich dahingehend, dass selbstinitiierte Reparaturen in derselben TCU den Verlauf des Turns unterbrechen, wohingegen fremdinitiierte Reparaturen den Verlauf der Sequenz stören. Genauer gesagt: Bei einer selbstinitiierten Reparatur in derselben TCU unterbricht der/die Sprecher/in den derzeitigen Verlauf seines/ihrer Redebeitrags, bevor jener zu einem evtl. Abschluss kommt, um die Reparatur durchzuführen. Die Art und Weise der Reparatur kann dann wiederum unterschieden werden in: *Replacing* (Ersetzung), *Deleting* (Entfernung), *Searching* (Suchen), *Parenthesizing* (Einschub), *Aborting* (Abbruch), *Sequence jumping* (Sequenzsprung), *Recycling*, *Reformatting* (Umformatierung) und *Reordering* (Umordnung) (ibid, S. 233). Unter diesen Reparaturarten ist jene der Ersetzung am häufigsten. Begründet wird dies dadurch, dass Sprecher/innen ein teilweise oder vollständig artikuliertes Element der aktuellen TCU durch ein anderes ersetzen, während der Sinn der Äußerung erhalten bleibt. Bei den neuen Substitutionselementen handelt es sich zumeist um Antonyme, Synonyme, Pronomina, Einschübe oder völlig neue Formen.

Der Beginn eines Reparatursegments kann laut Kitzinger (2013) dort gesehen werden, wo eine mögliche Zäsur mit dem unmittelbar vorangegangenen Gespräch stattfindet (ibid, S. 238). Das Zäsurelement zeigt sich dadurch, dass es grammatisch nicht kontinuierlich an das vorher Gesagte anknüpfbar ist; es findet also ein Bruch statt, der den Verlauf des Gesprächs unterbricht. Daher können Pausen oder Verzögerungen im Sprechen beispielsweise bereits Anzeichen einer möglichen Problemquelle sein, stellen allerdings noch keine Reparatur dar. Kitzinger (2013) betont auch, dass keine Initiierung stattfinden muss – während des Sprechens kann auch direkt von der Problemquelle in die Lösung übergegangen werden (ibid, S. 239).

Das Segment der Reparatur besteht zumeist aus mehr Komponenten als der Initiierung und des Reparatürelements selbst. Kitzinger (2013) fasst die wichtigsten zusammen. Hierbei handelt es sich um

- a. Rahmenwörter, die den Reparaturrahmen bilden;
- b. Stillschweigen und Pausen des/der Sprecher/in, um den Turn weiterhin für sich beanspruchen zu können;
- c. Entschuldigungsformulierungen, die den Reparaturabschnitt erweitern;
- d. Reparaturöffnungen, die vorbereitend verwendet werden;

- e. Wiederholungen der Problemquelle;
- f. Mehrere Reparaturversuche, bei denen die der Lösung jeweils vorangegangene Reparatur dann eine neue Problemquelle darstellt und
- g. Selbstgespräche und metakommunikative Monologe.

Diese Komponenten müssen keinesfalls isoliert auftreten, sondern finden sich häufig auch in kombinierter Form wieder. Weiter betont Kitzinger (2013), dass Reparaturen ein gewisses Unwohlsein oder Zögern darüber anzeigen können, was ein/e Sprecher/in gerade sagt oder sagen möchte (ibid, S. 242). Darüber hinaus hat die bisherige Forschung gezeigt, dass Sprecher/innen Reparaturen durchführen, um

- a. Forderungen zu schwächen/stärken,
- b. Missverständnisse zu vermeiden,
- c. Überraschungseffekte zu erzielen,
- d. einzelne Bestandteile zu betonen,
- e. Anforderungen gerecht zu werden,
- f. die Glaubwürdigkeit einer Äußerung herauszuarbeiten und
- g. sich selbst gegen einen Vorwurf zu verteidigen.

Reparaturen können auch außerhalb der TCU stattfinden, so z. B. im *transition space* (in etwa *Sprecherübergangsphase*). Es handelt sich hierbei um jene Bereiche, zu welchen der Turn eigentlich beendet ist und erwartet werden kann, dass der/die nächste Sprecher/in an der Reihe ist, dann jedoch die Reparaturinitiierung stattfindet (ibid, S. 245). Im Unterschied zu spät in der Äußerung stattfindenden selbstinitiierten Reparaturen in derselben TCU werden Reparaturen in der Übergangsphase häufig durch eine hörbare Eile begonnen. Dies geschieht aus Angst des/der Sprechers/in, unterbrochen zu werden und die Reparaturen überlappen sich daher mit dem beginnenden Beitrag des/der nächsten Sprechers/in.

Des Weiteren können Reparaturen auch im *dritten Turn* (*third turn*) stattfinden. Diese finden zwar auch in der Sprecherübergangsphase statt, werden aber durch eine/n andere/n Sprecher/in unterbrochen. Diese Unterbrechung zeigt, dass von dem/der Gesprächspartner/in keine Problemquelle erkennbar ist. Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass im Gegensatz zu einer einfachen Reparatur in der Übergangsphase bei jener im dritten Turn ein/e

weitere/r Sprecher/in zwischen Problemquelle und Reparatur tritt (ibid, S. 246). Es gilt also folgendes:

- a. Turn 1 = Problemquelle,
- b. Turn 2 = andere/r Sprecher/in und
- c. Turn 3 = Reparatur durch Sprecher/in von Turn 1.

Zuletzt gibt es noch die Möglichkeit der Reparatur in *dritter Position (third position)* (ibid, S. 247). Sie unterscheidet sich von der Reparatur im dritten Turn dahingehend, dass der/die Gesprächspartner/in das Gespräch mit der Problemquelle weiterführt in der Annahme, dies sei die korrekte Äußerung gewesen. Erst im weiteren Verlauf wird die Problemquelle des/der Initiators/in dann erkannt, aufgegriffen und repariert.

Abschließend soll nun noch auf die fremdinitiierten Reparaturen eingegangen werden, bei denen die Reparatur von dem/der Produzent/in der Problemquelle durchgeführt wird. Dies bedeutet, dass andere Sprecher/innen eine Problemquelle zwar erkennen, es jedoch dem/der Sprecher/in selbst überlassen, die Reparatur vorzunehmen (ibid, S. 249). Forschungen haben gezeigt, dass diese Reparaturen dann auch fast ausschließlich im darauffolgenden Turn stattfinden. Wie bereits erwähnt, unterbrechen jene Reparaturen den Verlauf der Sprechsequenz. Diese Unterbrechungen wurden von Schegloff et al. (1977) in Klassen unterteilt. Die folgende Aufzählung zeigt sie in einer aufsteigenden Folge; beginnend mit *schwach*, sich bis zu *stark* steigernd:

- a. Open Class (offene Formulierungen wie z. B. „Hm?“, „Hä?“ etc.),
- b. spezifizierende Fragen,
- c. Wiederholungen der Problemquelle und
- d. Neuformulierungen der Problemquelle.

Bei den meisten Reparaturen handelt es sich um einfache TCUs, d. h., Initiator/innen bedienen sich nur einer dieser Formen; sie können allerdings auch kombiniert auftreten (Kitzinger, 2013, S. 249). Grundsätzlich konnte in der Forschung erkannt werden, dass Sprecher/innen versuchen, sich an der stärksten Form zu orientieren, in obigen Beispiel wären das die Neuformulierungen. Mit diesen Formen werden also Sprecher/innen dazu aufgefordert, ihre Äußerung nochmals auf mögliche Problemquellen zu untersuchen. Wichtig ist das Verständnis

darüber, dass es sich bei Reparaturen nicht explizit um die Ver- oder Ausbesserung von Fehlern handelt, vielmehr um Äußerungen, die auf die eine oder andere Weise für eine/n oder mehrere Gesprächsteilnehmer/innen für den weiteren Gesprächsverlauf problematisch sein könnten (ibid, S. 254): „It is clear, then, that repair can be used as a way of managing interpersonal conflicts and difficulties that extend beyond problems of speaking, hearing and understanding“ (ibid, S. 255).

8. Reparaturen bei Freud

Wenn man nun Reparaturen in der gesprochenen Sprache, Versprecher also, behandelt, kommt man nicht umhin, einen Blick auf Freuds Forschung zur Psychopathologie des Alltagslebens (1912) zu werfen. Die von ihm erbrachten theoretischen Beobachtungen sollen uns später als Grundlage zur Auswertung der Daten im Analysekapitel dienen. Besonders wichtig ist hierbei das Falsch-Erinnern und Freuds Überlegungen zur Verdrängung von Unangenehmen.

Freud (1912) begann seine Forschung damit, dass er das Vergessen oder Falsch-Erinnern von Eigennamen untersuchte (ibid, S. 2). Letztere kommen demnach zwar als Ersatzinnerungen ins Gedächtnis, werden allerdings als falsch erkannt. Für Freud liegt die Vermutung nahe, dass zwischen der korrekten Namensfindung und dem Ersatznamen ein Zusammenhang besteht. Bei der Untersuchung an einem eigenen Beispiel kommt er zu folgenden Ergebnissen:

- a. Das Entfallen hat weder etwas mit dem Gegenstand selbst, noch mit seiner Umgebung zu tun;
- b. Das Vergessen ist eine „Störung des neu auftauchenden Themas durch das vorhergehende“;
- c. Ablenkung der Aufmerksamkeit (unausgesprochene Gedanken in etwa) führt zu einem Entfallen/Ersetzen des eigentlichen Gegenstands;
- d. Zusammenhänge mit dem eigentlichen Gegenstand sollten vergessen/verdrängt werden, stattdessen wurde jedoch etwas Anderes verdrängt, das mit dem eigentlichen Gegenstand in Verbindung stand.

Bedingt sind diese Beobachtungen, die zum Vergessen eines Namens beitragen, einerseits durch eine Disposition zum Vergessen des eigentlichen Gegenstands (ibid, S. 4). Andererseits muss kurz vorher ein Unterdrückungsvorgang abgelaufen sein und es muss die Möglichkeit bestehen, eine äußerliche Assoziation zwischen dem Namen und dem unterdrückten Element herzustellen. Daraus erschließt sich, dass das Vergessen von Verdrängung motiviert ist und dass Ersatznamen auftauchen, weil unsere Aufmerksamkeit auf sie gelenkt ist. Beim Vergessen selbst wiederum kann zwischen zwei Mechanismen unterschieden werden. Einerseits kann Thema A unterbrochen werden und ein Gegenstand aus Thema B wird verdrängt. Andererseits kann es sich um die Störung eines Gedankens durch einen aus dem Verdrängten

kommenden inneren Widerspruch handeln, was z. B. häufig bei Fremdsprachen der Fall ist (ibid, S. 9). Freud (1912) fasst dies unter dem Begriff der *Deckerinnerungen* zusammen: Die tendenziöse Natur unseres Erinnerns an unvermuteter Stelle. Selbst früheste indifferente Kindheitserinnerungen werden in einem Verschiebungsvorgang anstelle von anderen bedeutenden Eindrücken reproduziert und andere Eindrücke werden gehemmt. Sie stehen mit den Deckerinnerungen in einem psychischen Zusammenhang. Dabei wird unterschieden zwischen *rückgreifenden* oder *rückläufigen* Deckerinnerungen, *gleichzeitigen* oder *anstoßenden* und *vorgreifenden* oder *vorgeschobenen*, je nachdem in welchem zeitlichen Verhältnis sie zu dem eigentlich verdrängten Ereignis stehen (ibid).

Versprecher liegen für Freud (1912) ähnlichen Zusammenhängen zugrunde (ibid, S. 10). Für ihn besteht im Falle der Versprecher eine Verbindung zur Traumdeutung: „Irgend-eine Ähnlichkeit der Dinge oder der Wortvorstellungen zwischen zwei Elementen des unbewussten Materials wird da zum Anlass genommen, um ein Drittes, eine Misch- oder Kompromissvorstellung zu schaffen“ (ibid, S. 13). Allerdings konnte er anhand seiner Forschung erkennen, dass meistens keine Gegensätze als Deckerinnerungen gewählt werden. Diese sind schon so in unserem Sprachbewusstsein assoziiert, dass sie(zu) leicht irrtümlich aufgerufen werden; ein wahrer innerer Widerspruch wie in etwa ein Sträuben äußert sich eher im Vergessen. Weiter beschreibt er, dass es sich bei seinen Beispielen um einen störenden Einfluss von außerhalb der intendierten Rede handelt, der

- a. ein einzelner unbewusst gebliebener Gedanke ist, der sich durch das Versprechen kundgibt oder
- b. ein allgemeineres psychisches Motiv ist, welches sich gegen die ganze Rede richtet. „Wörter von außerhalb des intendierten Satzes zeigen als Versprecher eine gewisse Erregung, die sich sonst nicht verraten hätte“ (ibid, S. 14).

In Verbindung mit seinen eigenen psychotherapeutischen Verfahren für die „Auflösung und Beseitigung neurotischer Symptome“ in Therapiegesprächen mit Patient/innen ist somit der Versprecher eines der wertvollsten Indizien für Gedankeninhalte, die sich „zu verbergen bemüht sind“ (ibid, S. 17). Somit steht für ihn das Vergessen („Verleugnen“) häufig in Verbindung mit Unangenehmem („Widerwärtigkeiten“): „Als das architektonische Prinzip des seelischen Apparates lässt sich die Schichtung, der Aufbau aus einander überlagernden Instanzen erraten und es ist sehr wohl möglich, dass dies Abwehrbestreben einer niedrigeren psychischen Instanz angehört, von höheren Instanzen aber gehemmt wird“ (ibid, S. 27).

Freud (1912) geht darüber hinaus auch auf das Verlesen und Verschreiben ein, was auf Grund des Rahmens dieser Arbeit allerdings hier nicht erläutert werden soll. In summa stellt Freud (1912) anhand des von ihm gesammelten Materials für das Vergessen drei Annahmen auf:

- a. Das Vergessen ist ein spontaner Vorgang,
- b. es findet eine Auswahl unter den Erinnerungen statt und
- c. es gibt Bedingungen für die Halbwertszeit von Erinnerungen.

Wichtig ist für ihn die Erwähnung, dass es sich bei vergessenem Material um Erlebtes handelt, nicht etwa um Erlerntes (ibid, S. 25). Allerdings streitet er nicht ab, dass manchmal das Gegenteil der Fall ist und wir Peinliches einfach nicht vergessen können.³ Des Weiteren kann hier auch, wie bereits beim Namenvergessen, ein Fehlerinnern eintreten (*Erinnerungstäuschung*). Dies führt zu der Erkenntnis, dass Irrtümer eine Form des Fehlerinnerns darstellen. Der Unterschied zwischen dem Vergessen von Namen und dem Fehlerinnern besteht lediglich darin, dass letzteres als Wahrheit empfunden wird (ibid, S. 45). Demnach verstecken sich jedoch auch hinter Irrtümern Verdrängungen oder Unaufrichtigkeiten: „[Die] Irrtümer sind Abkömmlinge verdrängter Gedanken“ (ibid, S. 47). Für die Gruppe Vergessen, Irrtümer, Versprechen, Verlesen, Verschreiben und Vergreifen legt Freud (1912) folgende drei Kriterien fest:

- a. Sie müssen sich innerhalb der Breite des Normalen bewegen;
- b. nur momentane/zeitweilige Störungen können darunter verstanden werden; Korrekturen werden erkannt oder angenommen;
- c. sie sind nicht von innen motiviert (absichtlich vs. Lüge), sondern durch Unaufmerksamkeit oder zufällig zustande gekommen.

Da es sich in dieser Arbeit um Versprecher bei Zeitangaben in Form von Zahlen handelt, soll ein besonderes Augenmerk an dieser Stelle noch darauf geworfen werden, was Freud (1912) über Verwirrungen von Zahlen schreibt. Hierzu stellt er durch Beobachtungen fest, dass Zahlen nicht willkürlich erfunden werden können. Sie unterliegen strengen Deter-

³ An dieser Stelle soll erwähnt sein, dass Freud seine Forschung in seinem Werk der Psychopathologie des Alltagslebens auf Beispielen seines eigenen Alltagslebens baut und es sich daher nur um Eindrücke, keineswegs um quantitative oder qualitative Forschung handelt.

minierungen (ibid, S. 49). Dieser psychische Determinismus steht dem freien Willen gegenüber. Bei letzterem wird vorausgesetzt, dass man jederzeit auch hätte etwas Anderes tun oder sagen können. Weiter seien die Handlungen der Menschen entweder aus dem Bewussten oder aus dem Unbewussten motiviert, wobei ersteres nicht für alle motorischen Eigenschaften genügt – daher tritt an dessen Stelle dann die Motivierung aus dem Unbewussten (*psychische Determinierung*) (ibid, S. 50). Als Frage für weiterführende Forschungen und evtl. auch interessant für die hier später stattfindende Analyse hielt er fest, ob Verdrängtes auch längere Zeit später erst zum Vorschein kommen könne (ibid, S. 54). Darüber hinaus legt er folgende Fragen fest, die für die Analyse von Fehlleistungen vordergründig gestellt werden müssen:

- a. Welchen Inhalt und welcher Herkunft sind die Gedanken und Regungen, die sich durch die Fehl- und Zufallshandlungen andeuten („ein unterdrücktes Seelenleben, auf dem der Druck der moralischen Erziehung lastet, ist eine bequeme Duldung des Unmoralischen“)?
- b. Welches sind die Bedingungen dafür, dass ein Gedanken oder eine Regung genötigt und in den Stand gesetzt werden, sich dieser Vorfälle als Ausdrucksmittel zu bedienen (je harmloser die Motivierung der Fehlleistung, desto leichter wird auch die Auflösung des Phänomens)?
- c. Lassen sich konstante und eindeutige Beziehungen zwischen der Art der Fehlhandlung und den Qualitäten des durch sie zum Ausdruck Gebrachten nachweisen?

Wie sich später herausstellen wird, sind für die Behandlung von Versprechern und Fehlleistungen von Zeitangaben bei Patient/innen in psychodiagnostischen Gesprächen mit Hilfe dieser Fragestellungen die Beobachtungen Freuds von besonderer Bedeutung.

9. Konversationsanalytische Untersuchungen zu Zeitbezügen

Im Mittelpunkt dieser Arbeit stehen Reparaturen bei Zeitangaben in psychodiagnostischen Gesprächen. Obwohl Zeitbezüge selbst einen sehr wichtigen Aspekt in therapeutischen Sitzungen darstellen, wurden sie nach Angaben von Clark und Rendle-Short (2016) bisweilen kaum untersucht. Nachdem in den vorherigen Kapiteln sprachliche Reparaturen abgehandelt wurden, soll daher nun ein Überblick über die Bedeutung von Zeit geschaffen werden. Obwohl die Untersuchungen von Clark und Rendle-Short (2016) auf mehreren Sitzungen zwischen einer Patientin und ihrer Therapeutin aufbauen und nicht, wie in dieser Arbeit, auf Erstgesprächen von unterschiedlichen Patient/innen und sie sich daher eher auf den Effekt von Zeitangaben in fortlaufenden Sitzungen stützen, sollen sie zum einen auf Grund ihrer Aktualität, zum anderen wegen grundlegender und wichtiger Gemeinsamkeiten dennoch hier als Basis dienen.

Clark und Rendle-Short (2016) beschreiben in ihrem Aufsatz, wie zeitliche Aspekte, wie z. B. „zehn Tage“, „letzte Woche“ oder „Donnerstag“ in therapeutischen Sitzungen gemeinsame Fokuspunkte bilden können. Patient/innen verwenden Zeitangaben, um Zusammenhänge und Relevanzkriterien herstellen zu können. Zeitbezüge sind also ein Mittel zur Unterstützung der Interaktion und Zusammenarbeit in therapeutischen Gesprächen (ibid, S. 1). In solchen Gesprächen ist es von besonderer Wichtigkeit, die „Details auszufüllen“, da es sich hierbei um narrative Darstellungen handelt. Indem Patient/innen zeitliche Bezüge herstellen und sich auf Geschehnisse beziehen, die sie versuchen zeitlich einzuordnen, signalisieren sie eine persönliche Wichtigkeit des Erzählten (ibid, S. 2). Darüber hinaus stellen Zeitbezüge und chronologische Zuordnung von Geschehnissen therapeutische Beziehungen zwischen Patient/innen und Therapeut/innen her, die essentiell sind für ein andauerndes Verhältnis. Zur Stabilisierung dieses Verhältnisses verwenden Patient/innen zeitliche Bezüge in ihrer Vita, die als Ankerpunkte funktionieren, um Therapeut/innen auf einen für sie grundlegenden Wissensstand zu bringen. Die Forschung von Clark und Rendle-Short (2016) basierend auf Sacks (1984) hat ergeben, dass es gewisse Gesprächsgegenstände gibt, die sich wie „Ranken“ durch die Sitzung ziehen und dass Zeitbezüge Indizien oder Anhaltspunkte für einzelne Themenverläufe sind (ibid, S. 3). Zeitangaben können darüber hinaus unterschiedliche Funktionen einnehmen. Sie können beispielsweise Aktualisierungsmechanismen strukturieren (in weiterführenden Sitzungen) und so einzelne Sitzungen miteinander verknüpfen, die Entwicklung von Ereignissen kann zurückverfolgt werden, sie können mehrere Lebensereignisse mit-

einander verbinden u.v.m. Häufig stellen solche Bezüge oder Angaben auch lediglich Hinweise dar, die sich erst im Verlauf des Gespräches entschlüsseln lassen (ibid. S. 5). Des Weiteren hat die Forschung von Clark und Rendle-Short (2016) gezeigt, dass Patient/innen Emotionen an die von ihnen als wichtig und daher erwähnten Ereignisse binden, sowohl positive, als auch negative Emotionen; sie können daher Anzeiger für verstörende oder problematische Momente darstellen (ibid, S. 10). Den Forschungsergebnissen zufolge zeigen Therapeut/innen manchmal Schwierigkeiten, ein von Patient/innen gewähltes Thema zu beenden und nochmals auf einen anderen, bereits gesetzten Ankerpunkt zurückzugreifen (ibid, S. 11). Ähnliche Schwierigkeiten werden sich auch in unserer Analyse später zeigen. Weiter hat die bisherige Forschung gezeigt, dass sich zeitliche Referenzen Ereignisse als besonders im Sinne von Auslöser oder Ergebnisse vorheriger Geschehnisse erweisen. Daraus ergibt sich häufig ein Verständnis seitens der Therapeut/innen für daraus resultierende Zustände (ibid, S. 14); in Zeitangaben verbergen sich also häufig Auslösesituationen wie bestimmte Lebensereignisse, die Neurosen hervorrufen können. Hier soll nochmals hervorgehoben werden, dass der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit Situationen aus therapeutischen Gesprächen sind, in denen Patient/innen den Versuch unternehmen, Geschehnisse zeitlich in ihrer Vita zu verankern, dabei jedoch in Schwierigkeiten geraten. Aus diesem Grund erweist sich der theoretische Hintergrund von Clark und Rendle-Short (2016) als ausschlaggebend.

10. Analyse von Selbstreparaturen

Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich herausarbeiten, inwiefern Selbstreparaturen bei Zeitangaben seitens der Patient/innen in psychodiagnostischen Gesprächen mit traumatischen Erlebnissen oder problematischen Erinnerungen in Verbindung stehen können. Die Analyse soll hierfür beispielhaft anhand zweier Gespräche durchgeführt werden. Wie bereits erwähnt wurde, möchte ich aus Gründen der Genauigkeit im Rahmen dieser Arbeit Einzelfallanalysen durchführen. In beiden Fällen handelt es sich um Patient/innen, die sich für ein psychotherapeutisches Forschungsprojekt dazu bereit erklärten, Sitzungen, die in der Form von Erstgesprächen geführt wurden, auf Audio- und Videoaufnahmen aufzeichnen zu lassen. Aus ethischen Gründen und zum Schutz der Patient/innen und Therapeut/innen soll hier lediglich von *P₁* oder *Patientin*, *P₂* oder *Patient* und *T* oder *Therapeut* die Rede sein.

10.1. Fallbeispiel P₁

Im ersten Beispiel handelt es sich um eine Patientin im Alter von 49 Jahren, die sich bereits seit einigen Wochen in der Klinik aufhält, in der auch das für die Analyse im Fokus stehende Gespräch stattfand. Eine Woche vor Verlassen der Klinik führt der Therapeut das folgende Gespräch mit ihr, um nochmals festzuhalten, was die eigentlichen Gründe für den Aufenthalt an der Klinik waren. Die Patientin erzählt, dass sie sich ca. 15 Jahre zuvor erstmals in therapeutische Behandlung begab. Als Gründe für den Aufenthalt in eben jener Klinik nennt sie den Tod ihres Vaters, der an den Folgen eines Herzinfarktes starb, und ihren Arbeitsplatzverlust, was beides ein Jahr zuvor stattfand. Sie beschreibt dies als eine Zeit geprägt von Rückzug. Sie ist alleinstehend und hat eine dreißigjährige Tochter. Der Vater der Tochter hat die Patientin im vierten Schwangerschaftsmonat verlassen. Außer ihrer Tochter besteht der Freundeskreis der Patientin aus nur wenigen Freunden, überwiegend aus Männern. Vor der Arbeitslosigkeit war sie nach einer Umschulung als Floristin tätig. Sie ist gelernte Dekorateurin, setzte aber nach der Geburt ihrer Tochter für ein paar Jahre aus. Bedingt durch ein Gefühl von Einsamkeit, da sie weder zu Kolleg/innen, noch zu ihren Eltern ein gutes Verhältnis pflegte, hat sie als Jugendliche zweimal mit Hilfe von Tabletten versucht, sich das Leben zu nehmen. Bei der Mutter wurde 25 Jahre zuvor Schizophrenie diagnostiziert, weshalb sich die Kinder zumeist selbst umeinander kümmerten. Die Patientin hat zwei ältere Schwestern und einen jüngeren Bruder. Durch die frühe Schwangerschaft durch einen deutlich älteren Mann sah sie sich bereits früh mit Vorwürfen seitens der Eltern konfrontiert. In der Kindheit hatte sie einen starken Bezug zum Vater, der jedoch auf Grund des Einflusses der Mutter

während der Jugend abbrach. In ihren Erinnerungen war ihr Vater häufiger betrunken. Zur Mutter hat die Patientin nach eigenen Angaben seit dem Tod ihres Vaters gar keinen Kontakt mehr.

Der Therapeut beginnt die hier erste Sequenz, indem er nochmals zusammenfasst, dass die Patientin bereits am Ende ihres Klinikaufenthaltes angelangt ist und dass dessen Abschluss auch das Interview mit ihm einschließt⁴:

- 1.1.1 [00:15.95-00:50.79]
- 1 **T** JA (.) also zu DEM h° ähm h°
- 2 °h ((schmatzt)) GANzen gehört (.) auch dieses INTERview so in etwa ne STUNde,
- 3 °h wo ich sie dann jetzt NOCHmal (.) DINGe frage h°
- 4 (0.28)
- 5 DIE sie schon;
- 6 (0.2)
- 7 °hh <<p> an ANdern stellen be >
- 8 [SPROCHen,]
- 9 **P** [hm hm?]
- 10 **T** ha:ben es GEHT halt bisschen um-
- 11 (1.03)
- 12 den ANlass für ihr KOMmen also was passIERT is,
- 13 °hh
- 14 **P** ja:-
- 15 **T** stück um ihre LEbensgeschichte;
- 16 °hh also h° nochMAL,
- 17 PAAR wochen zuRÜCK,
- 18 w was war LOS geWESen dass sie sich überHAUPT an uns geWANDT haben,
- 19 (0.26)
- 20 **T** °h
- 21 [ich WEISS,=]
- 22 **P** [hm hm]
- 23 **T** =ja sonst GAR nichts von IHNen also es is Absicht dass so n bisschen un °h
- 24 [VORein]
- 25 **P** [hm hm]
- 26 **T** genommen
- 27 ins geSPRÄCH gehe °h ((schnieft))

⁴ Bei der hier vorgenommenen Analyse sollen alle wörtlichen Zitate in „Zitat“ stehen, alle Wortbedeutungen sollen kursiv geschrieben werden.

Der Therapeut beginnt die Sequenz, indem er betont, dass er noch nichts über die Patientin weiß (21/23) und fordert sie daher auf darzustellen, was „losgegangen“ ist, dass die Patientin sich an die Klinik wandte (18). Dies ist der FPP des ersten wichtigen Adjacency Pairs in Form einer Aufforderung. Die Patientin wiederum formuliert ihre Äußerung als Antwort wie folgt:

- 1.1.2 [00:50.79-01:07.82]
 28 P öh:: **JA eigentlich bin ich schon JAHrelang in.**
 29 (.) **psych::ologischer beHANDLUNG-**
 30 T ja
 31 [psych]
 32 IAttrischer: (.) psychotheraPEUtischer-
 33 P [en]
 34 [tschuldigung ↑ ja (.) PSYchothera-=]
 35 T [da KOMM wir noch DRAUF,]
 36 P =ja (.) ALso (.) f **vor FÜNFzehn jahren** bin ich in die PSYcho-
 somatische KLInik?
 37 nach ZWESTen geFAHRen?

Auf die Frage nach dem Grund ihres derzeitigen Klinikaufenthaltes zeigt die Patientin schon gleich zu Beginn ihres Turns durch den Verzögerungslaut *öh* (28) Schwierigkeiten bei der Formulierung und suggeriert mit dieser Zäsur auch, dass es sich im Folgenden um eine dispräferierte Antwort handelt (vgl. hierzu auch Muntigl und Bänninger-Huber, 2016, S. 137). Verstärkt werden diese Schwierigkeiten durch das stark betonte „Ja“, die abfallende Stimme am Ende der Intonationsphrase, der kurzen Pause vor dem Fortlauf der Äußerung (29) und der Verzögerung in „psychologischer“. Nachdem der Therapeut, wie bereits erläutert, nach dem Anlass für den aktuellen Klinikaufenthalt fragt (18), entscheidet sich die Patientin für eine Verlagerung des Fokus von dem erfragten Auslöser hin zu ihrer Behandlungsgeschichte und macht somit die höhere Relevanz des von ihr gewählten Themas deutlich (28). Sie greift diese Entscheidung erneut auf und bestimmt die Angaben in ihrer Antwort durch Reparaturen bei der Zeitangabe („fünfzehn“ im Vergleich zu „jahrelang“) und der Behandlungsart in der fokalen Einheit genauer (36). Durch diese Reparatur gibt sie eine von ihr präferierte Antwort, die von der ursprünglichen Frage des Therapeuten für den Anlass des Klinikaufenthaltes abweicht.

Außerdem werden zwei unterschiedliche Problemquellen in Form von *trouble sources* deutlich. Die eine äußert sich in der Interjektion *öh*, gefolgt von dem Relativpartikel *eigentlich* (28). Nach dem temporalen Adverbial *jahrelang* unterbricht sie die Äußerung vorerst. Ob

sie Schwierigkeiten bei der zeitlichen Zuordnung gewisser Ereignisse hat, kann hier nicht nachgewiesen werden, doch was festgehalten werden kann, ist eine besondere Wichtigkeit des benannten Lebensabschnittes. Sie repariert die Angabe kurz darauf und datiert den Beginn ihrer Behandlungsgeschichte auf „vor fünfzehn Jahren“ (36). Diese Angabe stellt im weiteren Verlauf dieser Analyse die fokale Einheit dar, da sie vermehrt wieder aufgegriffen wird. Doch auch bei der Bezeichnung ihrer Behandlungsart zeigt sich eine weitere Problemquelle. Auch hier beginnt sie erst nach einer kurzen Pause und verzögert das beschreibende Adjektiv deutlich (29). Die von ihr durchgeführte Reparatur bezüglich der Behandlungsart wird vom Therapeuten initiiert, indem er die Problemquelle wiederholt und indem er ihr mit „psychiatrischer“ und „psychotherapeutischer“ zwei weitere Vorschläge unterbreitet (32); sie selbst entscheidet sich dann darüber hinaus für die Reparatur der Zeitangabe (36). Ich halte fest: Die zeitliche Zuordnung und die Art und Weise ihrer Behandlung stellen Problemquellen für die Patientin dar. Sie repariert die erste Angabe mit einer Ersetzung durch „vor fünfzehn Jahren“, bei der zweiten werden ihr seitens des Therapeuten zwei Reparaturvorschläge der Umformulierung unterbreitet, sie entscheidet sich allerdings für eine vierte Form, nämlich „psychosomatisch“. Die Patientin entscheidet sich also, die Frage des Therapeuten, was „los-gewesen“ sei, zunächst insofern zu bearbeiten, als dass sie darüber berichtet, wie sie sich bereits vor fünfzehn Jahren in Therapie begab.

Der Therapeut nimmt diese Entscheidung an durch ein zweimaliges, bestätigendes „Ja“, bevor die Patientin dann auch den Behandlungsgrund nennt:

1.1.3 [01:07.82-01:10.70]

38 T [ja:: ja;]

40 P [un:d ja weil] ich so depresSION hatte,

Nachdem also die Patientin das *Wann*, *Wo* und teilweise das *Wie* (36/37) beantwortet hat, gibt sie auch eine kurze Erklärung und beantwortet die Frage, *weshalb* sie sich in Behandlung begeben hat. Daraufhin wird sie erneut vom Therapeuten unterbrochen:

1.1.4 [01:10.70-01:26.08]

41 T [wie ALT sind sie JETZT?]

42 P [un:

43 d-]

44 (0.5)

45 [neunundVIERzig;]

46 T [mhm,]

47 [<p> das KOMMT so auf anfang dreiSSIG >,]

48 P [n

- 49 ja-]
 50 (.) ja-
 51 (0.59)
 52 P ja geNAU,=
 53 T mhm

Der Therapeut scheint in der Reparatur eine Besonderheit erkannt zu haben und unterstützt die Patientin bei der Zuordnung des Erlebten in ihrer „Lebensgeschichte“ (15), indem er die fokale Einheit dazu verwendet auszurechnen, dass der Behandlungseinstieg auf „Anfang dreißig“ (47) datiert werden kann. Hier findet er auch Zustimmung seitens der Patientin (49/52). Es ist zu erkennen, dass das Alter hinsichtlich unterschiedlicher Lebensetappen von hoher psychodiagnostischer Relevanz zu sein scheint.

Wie bereits erwähnt, stellt in den hier gezeigten Turns die Frage des Therapeuten (10/18) den FPP dar. Dieser umfasst mehrere Turns, wie die Fragen nach dem „Anlass für [Ihr] Kommen“, „was passiert ist“ (12) und „ein Stück [Ihrer] Lebensgeschichte“ (15). Darüber hinaus betont er, dass er „ja gar nichts von [Ihr]“ wisse (23). Die darauffolgende Antwort seitens der Patientin, die sowohl die Problemquellen, als auch die Reparaturen enthält, stellt dementsprechend den notwendigen SPP dar, den sie allerdings als Einleitung verwendet, um von ihrer Behandlungsgeschichte zu erzählen.

Die Patientin entscheidet sich daraufhin, in ihrer Lebensgeschichte von ihrer Erstbehandlung, wie eben dargestellt wurde, zu dem Moment zu springen, als sie in die derzeitige Klinik kam; sie lässt ein Stück Behandlungsgeschichte damit aus:

- 1.1.5 [01:26.08-01:34.05]
 54 P °h
 55 h und JA: und öh (.) bin danach eigentlich immer IN: öh (.) öh
 psychoSOM also öh (.) psychotheraPEUTischer behan
 56 [dlung geWEsen ja ja,]
 57 T [mhm,]
 58 P °hhh ja und warum ich jetzt HIER hin gekommen BIN war öh-
 59 °hh ich hab letztes JAHR mein ARbeitsplatz verlorn,

Sie erzählt hier im Anschluss zusammenfassend, wie es ihr auf Grund des Arbeitsplatzverlustes und des Todes ihres Vaters sehr schlecht ging und sie sich auf Anraten eines Neurologen hin in den stationären Klinikaufenthalt begab. Daraufhin entsteht eine längere Sprechpause, in die der Therapeut mit der folgenden zweiten Sequenz einsteigt:

- 1.2.1 [02:27.30-02:47.90]
 1 (3.01)

REPARATUREN IN PSYCHODIAGNOSTISCHEN GESPRÄCHEN

- 2 T °hhh und
3 (1.29)
4 ((schmatzt))
5 (1.02)
6 ja so wie sie schildern so wie äh über **die ganzen letzten
fünfzehn JAHre warn-**
7 gings ihnen nicht so richtig wirklich GUT?=
8 =und das hat jetzt:: quasi (.)
9 nochmal (.) sie aus der BAHN geworfen;
10 P °hh ja das HAT °h ja genau da bin ich nochmal so richtig abge-
RUTSCHT ja ja-

Durch die Reparatur in Form einer Parenthese mit Bezug zu der Behandlungsart (55) scheint der Therapeut einen besonderen Moment in der fokalen Einheit erkannt zu haben. Für einen Therapeuten typisch sucht er nach Anhaltspunkten für mögliche belastende Ereignisse, die zu jenem Zeitpunkt der fokalen Einheit stattgefunden haben und den Zustand des Unwohlseins der letzten fünfzehn Jahre ausgelöst haben. Für dieses Vorgehen greift er hier auf die fokale Einheit „die ganzen letzten fünfzehn Jahre“ (6) zurück; es scheint also, als habe er eine Relevanz und emotionale Bindung in der formalen Angabe der Zeitlichkeit erkannt; der Fokus wird auf das Zeitlichkeitskonzept der Patientin gelegt. Die starke Stimmhebung bei „gut“ (7) lässt darauf schließen, dass er den hier erbrachten FPP als Frage formuliert, wodurch er impliziert, mehr über diese Zeit wissen zu wollen. Dies wird im weiteren Verlauf des Gesprächs bestätigt, als er fragt, wie denn genau diese Zeit und der Alltag der Patientin innerhalb dieses Lebensabschnitts aussahen; verstärkt wird dieser Eindruck durch die starke Betonung von „gezeigt“ (14):

- 1.2.2 [02:47.90-02:58.22]
11 T wie sah das dann AUS?
12 (0.26)
13 JETZT wenn sie vom letzten SOMmer AN mal,
14 °hhh (irgendwie) wie sind so ihre LEBENSUmstände wie hat sich
das für SIE ge!ZEIGT! in ihrem alltag,

Interessant ist, dass auch der Therapeut hier eine Reparatur durchführt. Die Problemquelle entsteht bei der Verbform *warn* (6), die zur fokalen Einheit gehört. Er unterbricht sich selbst an dieser Stelle mit einer Parenthese in Form der fokalen Einheit und leitet die nächste Verbalphrase mit *gehen* als Kern ein (7). Es scheint, als wolle er vorerst den Wortlaut der von der Patientin geäußerten fokalen Einheit (36) übernehmen, als sie sagt: „vor fünfzehn Jahren *bin* ich in die psychosomatische Klinik [...]“, entscheidet sich dann allerdings dagegen und

formuliert die Äußerung neu (7). Somit liegt nun der Fokus nicht mehr auf dem Klinikaufenthalt, der vorerst noch in Zusammenhang mit der fokalen Einheit stand, sondern auf dem Befinden der Patientin, das an diesen entscheidenden Lebensabschnitt geknüpft zu sein scheint. Durch diese Herangehensweise unternimmt der Therapeut trotz anfänglicher Schwierigkeiten, auf den zeitlichen Ankerpunkt zurückzugreifen, den Versuch aufzudecken, weshalb sich die Patientin für die fokale Einheit entschied. Bei diesem Versuch seitens des Therapeuten handelt es sich um die Suche nach einem oder mehreren Lebensereignissen, die sich hinter der fokalen Einheit verbergen können.

Weiter erzählt die Patientin von ihrer Antriebslosigkeit, von ihrem alleinstehenden und zurückgezogenen Leben, von der Nähe zu ihrer Tochter und schildert ihre zuletzt verlorene Anstellung als Floristin. Sie sprechen für ca. fünf Minuten über den beruflichen Werdegang der Patientin, über den Freundeskreis und über die Tochter. Die Patientin führt allerdings kein Thema, das vom Therapeuten vorgeschlagen wird, weiter aus, sondern belässt es bei kurzen Andeutungen. Es entsteht eine über sechs Sekunden andauernde Pause, bevor der Therapeut erneut mit der hier dritten Sequenz das Gespräch aufnimmt:

- 1.3.1 [07:48.64-08:10.76]
- 1 **T** (6.33)
- 2 °hh sie SEL (.) sie SACHten das war jetzt-
- 3 (0.3)
- 4 durch diese BEIden erEIGNisse die sie so aus dem GLEICHgewicht
geworfen haben-
- 5 ging es nochmal n stück bergAB aber im grunde m-
- 6 (1.74)
- 7 sind sie immer WIeder in theraPIen geWEsen-
- 8 **P** [ja]
- 9 **T** [seit] fünfzehn jah[ren;=]
- 10 **P** [ja]

Der Therapeut fasst nochmals zusammen, was zusammenhängend mit der fokalen Einheit bereits gesagt wurde (7). An dieser Aushandlung des zeitlichen Rahmens kann bereits erkannt werden, dass der Therapeut weiter interaktiv nach Lebensereignissen sucht, die zu jenem Zeitpunkt der fokalen Einheit stattgefunden haben. Er fasst die fokale Einheit als bedeutungstragendes Moment wieder auf und leitet übergangslos, wie hier im Transkript deutlich zu sehen ist, eine noch nicht gestellte Schlüsselfrage ein:

- 1.3.2 [08:10.76-08:22.75]
- 11 **T** =°hh !VOR! diesem;

REPARATUREN IN PSYCHODIAGNOSTISCHEN GESPRÄCHEN

- 12 (0.78)
13 dieser ZEIT anfang DREIßig (.) w::mw: gings ihnen da (.) psychisch GUT?
14 (0.59)
15 T oder gabs irgendwann nochMAL davor auch ↑and_re proBLEme oder wie war das;

Der Therapeut betont hier die Präposition *vor* (11) in seinem FPP besonders stark. Durch die stärkere Intonation von „Zeit“, „dreißig“ und „gut“ (13) wird auch die Intention seiner Frage besonders deutlich. Er baut die Frage nach einer kurzen Pause noch weiter aus (15) und macht noch deutlicher, auf was sie abzielt. Zusammengefasst liegen hier also besonders starke Betonungen auf „vor“ auf „Zeit“, „dreißig“, „gut“, „nochmal“ und „Probleme“. Der Therapeut greift die fokale Einheit als bedeutungstragendes Moment abermals auf, dieses Mal, um herauszufinden, was zeitlich im Leben der Patientin vor diesem Moment Anfang 30 passierte. Die Patientin antwortet zunächst verhalten:

- 1.3.3 [08:22.75-08:41.03]
16 P ((räuspert sich)) ja:: äh: ich hab als (.) MÄDchen da war ich SECHzehn und SIEBzehn=
17 =da hab ich zweimal versucht mir das LEben zu nehmen?
18 T (.) also DA gabs schon,
19 P ja:
20 (1.18)
21 P kam aber noch nie so in beHANDlung.
22 dat wurd
23 [öh ja ((unverständlich, ca. 1,5 Sek.))]
24 T [°h ja: aber immerHI? also ich MEIN das (.) erinnern sie GUT also da gings ihnen SCHLECHT,]
25 mhm,

Für die Beantwortung dieser Frage scheint die Patientin anfängliche Schwierigkeiten zu haben, einen adäquaten Einstieg zu finden. Deutlich wird diese Vermutung durch die Zäsuren und Dispräferenzen in Form des Räusperns, der stark verzögerten Modalpartikel *ja* und des Verzögerungslauts *äh* (16). Sie erzählt dann von den beiden Suizidversuchen, die sie als junges Mädchen begangen hat (17). Hier ist zu erkennen, dass sie ihren Turn zwar als Aussage formuliert, ihn jedoch mit einer starken Stimmhebung abschließt (17). Eine solche Stimmhebung könnte als Unsicherheit auf Grund negativer Emotionen gedeutet werden, die wiederum eine Reaktion des Therapeuten verlangt (18). Die Patientin versucht jedoch, direkt im Anschluss die Äußerung wieder zu schwächen, indem sie einschiebt, dass sie „noch nie“ behandelt wurde und hierfür die Modalpartikeln *aber* und *so* verwendet (21). Diese Abschwächung wird seitens des Therapeuten wahrgenommen und er bestätigt an dieser Stelle,

dass diese Erinnerungen, die sie hervorruft, durchaus richtig sind. Diese Bestätigung wird durch das modale Adverbial *immerhin* verdeutlicht, die er hier zwar abbricht, den Satz allerdings unmittelbar weiterführt. Der emotionale Zusammenhang wird auch durch die Verwendung der beiden Adjektive *gut* und *schlecht* (24) betont. Hier wird erstmals die Unterscheidung deutlich, die an den vom Therapeuten erkannten bedeutungstragenden Moment geknüpft war: Die zeitliche Unterteilung in zwei Phasen, vor und nach Behandlungsbeginn, getrennt durch die fokale Einheit, initiiert durch die Reparatur; in der vorher stattgefundenen Phase durchlief die Patientin einige traumatische Erlebnisse, die zweite ist geprägt von Behandlungen.

Im weiteren Verlauf stellt sich heraus, dass die suizidale Phase ausgelöst wurde von einem plötzlichen Gefühl von Einsamkeit und einem sehr schwierigen Verhältnis zum Elternhaus, da sie von ihrer Mutter schon immer auf Distanz gehalten wurde und ihr Vater ein Trinker war. Sie erzählt von weiteren traumatischen Erlebnissen wie der frühen Schwangerschaft, dem Verlassen ihres Partners während der Schwangerschaft, der Schizophrenie-Diagnose ihrer Mutter und der gescheiterten Ehe. Die Patientin beschreibt, wie sie sich auch heute noch „wüste Beschimpfungen“ seitens ihrer Mutter anhören muss, obwohl sie zu Beginn angab, keinen Kontakt mehr zu ihr zu haben. Als die Patientin erklärt, dass niemand von ihren Klinikaufenthalten weiß und sie gegenüber ihren Freunden immer Fröhlichkeit zeigt, gerät das Gespräch nach einer längeren intensiven Gesprächsphase erstmals in einer vierten Sequenz nach 24 Minuten wieder ins Stocken. Erneut füllt der Therapeut diese Pause, indem er die fokale Einheit wieder aufgreift:

- 1.4.1 [24:15.94-24:35.85]
- 1 (2.18)
- 2 P ((lacht))
- 3 (3.4)
- 4 P <<p> ja >;
- 5 (0.52)
- 6 T °h das gabs schon AUCH nom AUCH mal **in den letzten fünfzehn JAHren,**=
- 7 =ZEIten in denen_s ganz GUT ging;
- 8 [°hh]
- 9 P [j:o;]
- 10 T <<pp> ja (.) aha > ,
- 11 (2.18)
- 12 T °hhh
- 13 (1.26)

Das Stocken des Gesprächs fällt durch die Zäsuren in Form von langen Pausen (1/3/5) auf, die lediglich durch ein leises Lachen (2) und ein leises „Ja“ (4) der Patientin gefüllt werden. Hier nimmt der Therapeut die fokale Einheit wieder auf (6) und versucht, die positiven Momente des Zeitabschnitts nach dem ersten Therapiebeginn herauszufiltern (7). Die Patientin antwortet zwar mit einem „Jo“ (9), geht allerdings nicht weiter auf die Frage des Therapeuten ein. Es macht den Eindruck, als seien für sie positive Darstellungen nicht relevant, obwohl es ihr zeitweise auch gut ging. Der Therapeut kommt im Anschluss wieder auf den Tod des Vaters zu sprechen und geht nicht weiter auf die hier erfragten „guten Zeiten“ ein. Auch im gesamten weiteren Verlauf des Gesprächs, das nach dieser Sequenz noch 25 Minuten lang ist, wird nicht mehr auf die fokale Einheit zurückgegriffen; es scheinen keine weiteren Ereignisse mehr mit dem besonderen Lebensabschnitt in Form der fokalen Einheit verbunden zu sein; es konnten Auslösesituationen aufgedeckt werden, die zu einer Veränderung der Lebensumstände geführt haben.

10.2. Erstes Fallbeispiel P₂

Bei dem zweiten Patienten, dessen Gespräch mit demselben Therapeuten stattfand, handelt es sich um einen jungen Mann (P₂) im Alter von 26 Jahren, der von seinen „depressiven Phasen“ erzählt, die begleitet sind von Wut und Aggressionen. Er beschreibt, wie er durch verbale Gewalt versucht hat, sich von anderen Menschen zu distanzieren und sich dann erstmals in dem Zeitraum, in dem auch das Projekt stattfand, für einen Klinikaufenthalt entschied. Auf Grund seiner Stimmungsschwankungen brach er zweimal die Oberstufe ab und hat das Abitur nachgeholt, während er unterschiedlichsten Nebenbeschäftigungen nachging – hauptsächlich als Kellner. Nach fast sechs Jahren in der Gastronomie entschied er sich dann für das Studium an einer privaten Hochschule, brach dies jedoch trotz überdurchschnittlicher Leistungen nach einem Semester ab, da er den Lebensstil seiner Kommiliton/innen ablehnte und sich zeitweise auf Grund der unterschiedlichen Lebensumstände gehänselt fühlte. Zum Zeitpunkt des Gesprächs befand er sich in einem Privatinsolvenzverfahren. Der Patient hat außer zu seiner Mutter keinen Kontakt mehr zu seiner Familie; nicht zu seinem Vater, und auch zu der Mutter nur selten, da er sie nur als Erzeugerin sieht. Sein Bruder nahm sich nach der Wende das Leben. Der Patient verbrachte die frühe Kindheit in der ehemaligen DDR und hauptsächlich bei seiner Großmutter, die einen liebevollen Umgang mit ihm pflegte. Als die Mutter nach der Wende in den Westen floh, wurde der Patient von seiner dreizehn Jahre älteren Schwester und deren Ehemann adoptiert. Von seinem Schwager hat er sowohl körperliche Gewalt als auch körperliche Züchtigung erfahren, hat die Familie aber nie verlassen, um

seine beiden Neffen schützen zu können. Aus zweiter Ehe gingen seitens des Vaters noch sechs weitere Kinder hervor, mit denen der Patient sich derzeit in einem Erbstreit befindet. Als sein damaliger Partner sich von dem Patienten trennte, unternahm er einen Suizidversuch durch Tabletten.

Wie bereits bei P₁ beginnt der Therapeut das Gespräch in der hier ersten Sequenz mit einem FPP in Form einer Aufforderung. Der Patient soll schildern, aus welchem Anlass er in die Klinik kam:

- 2.1.1 [00:36.30-00:50.29]
- 1 **T** also würd ich GERne no (ch) ma EINsteigen dass sie °hh
 2 (0.16)
 3 äh SCHILdern wie sie h°
 4 was der ANlass war dass sie überhaupt in die KLInik oder h°
 5 (0.84)
 6 geKOMmen sind oder HILfe gesucht ham WAS;
 7 WAS so die problEme warn (.)
 8 WIE sie sie geSEHN ham,
 9 (0.46)
 10 **T** °hhh]

Der Therapeut möchte das *Warum* (4), das *Was* (6) und das *Wie* (8) als Folge von dem Patienten erfahren. Besonders deutlich wird dies durch die jeweilige Intonation der einzelnen Fragepartikeln. Der Patient reagiert direkt im Anschluss und beginnt seinen SPP wie folgt:

- 2.1.2 [00:50.29-01:02.69]
- 11 **P** °hhh]
 12 oke der ANlass weswegen ich hergekommen BIN h°
 13 (.) ((lacht))
 14 (0.43)
 15 ähm °h
 16 (.) ((schmatzt))
 17 seit-
 18 (0.38)
 19 ja-
 20 (0.55)
 21 **sechs jahn** ↑ **mindestens** °h **eigentlich schon seit s** (.) **ACHT jahn** (.) °hhh

Wie bereits zuvor bei P₁ ist auch hier deutlich zu sehen, dass es sich bei dem SPP des Patienten um eine dispräferierte Antwort handelt. Dies äußert sich durch das tiefe Einatmen gleich zu Beginn des ersten Turns (11) und den Verzögerungslaut *ähm* (15). Darüber hinaus beginnt zwar der Patient seine Äußerung, indem er den Kern des FPP wiederholt (12), bricht

an dieser Stelle allerdings ab. Dies ist gekennzeichnet durch die Zäsur in Form einer kurzen Pause, gefolgt von einem kurzen nervösen Lachen (13). Nach dem Verzögerungslaut erfolgt erneut eine kurze Pause und ein Schmatzgeräusch (16), woraufhin er dann eine Neuformulierung seiner Antwort versucht (17). All die hier bisher aufgezählten Phänomene sind ebenfalls Zeichen für eine dispräferierte Antwort. Den neuformulierten Turn leitet der Patient mit der temporalen Präposition *seit* ein, macht eine kurze Pause und fährt dann mit dem temporalen Adverbial *sechs Jahrn* (21) fort. Die vielen Verzögerungen, die der fokalen Einheit vorangehen, zeigen bereits deutliche Schwierigkeiten in der Formulierung des SPP seitens des Patienten und stellen hier alle Anzeichen einer Reparatur dar. Noch dazu unterbricht er seine Antwort abermals, indem er das Adverbial *mindestens* einfügt und die reparierte Äußerung „seit acht Jahrn“ mit den beiden Relativpartikeln *eigentlich* und *schon* tätigt. Hier können wir nicht nur sehen, dass diese chronologische Zuordnung der Ereignisse ihm Schwierigkeiten bereitet. Darüber hinaus markiert er durch die besondere Betonung und der gleichzeitigen Stimmhebung von „mindestens“ und dem Numeralen *acht* letzteres als besonders relevant. Durch diese Problemquellen und die Entscheidung des Patienten zu dieser Ersetzung der Zeitangabe kann an dieser Stelle, wie bereits bei P₁, davon ausgegangen werden, dass sich hinter den Zeitangaben lebensverändernde Ereignisse verbergen. Interessant hier ist die Entscheidung des Patienten, zwei unterschiedliche Zeitpunkte zu setzen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es sich sowohl bei der reparierten Zeit, als auch bei dem Reparaturandum jeweils um (Teil-) Erinnerungen handeln kann, die zu der Entscheidung des Patienten geführt haben.

In den der initiativen Äußerung folgenden Turns bemüht sich der Patient um die Beantwortung des *Warum*, wie es seitens des Therapeuten gefordert war:

- 2.1.3 [01:02.69-01:17.49]
- 22 P hab ich immer wieder-
- 23 (0.35)
- 24 PHAsen wo ich depressIV bin?
- 25 (0.8)
- 26 wo: ich: ähm-
- 27 (0.5)
- 28 °h (.) mich toTAL zuRÜCKzieh?
- 29 (0.93)
- 30 °hh
- 31 (0.4)
- 32 m:ir (.) EIgentlich,
- 33 (0.36)
- 34 alles eGAL is egal ob jetz-

REPARATUREN IN PSYCHODIAGNOSTISCHEN GESPRÄCHEN

- 35 (0.56)
36 terMIne ARbeit oder sons irgendwas,
37 (0.27)
38 oder SCHUle damals,
39 (0.32)

Die Unsicherheit im Antworten und eine gewisse Emotionalität zeigen sich auch in diesen Turns weiterhin durch z. B. die jeweiligen Pausen nach den einzelnen Intonationsphrasen, durch die leichten bis starken Stimmhebungen (24/28) am Ende der Phrasen und die Verzögerungen besonders an der Stelle, an welcher der Patient erklären möchte, was mit ihm geschieht, wenn er depressiv ist (26).

Der Patient schildert im weiteren Verlauf seine Aggressionen, die er häufig entwickelt und sein Problem, sich in solchen Momenten „bremsen“ zu können. Daraufhin lenkt der Therapeut in der hier zweiten Sequenz das Gespräch mit Hilfe der fokalen Einheit als Ankerpunkt wieder auf die vom Patienten gewählten Zeitpunkte:

- 2.2.1 [03:23.44-03:44.86]
- 1 T [°hh sie sagen ja **seit SECHS bis ACHT JAHRN**,
- 2 P [BREmsen;
- 3 T wie? wie HAB ich (.) wie KANN ich mir das VORstelln:,
- 4 d dass sie so die HÄLfte des JAHres eigentlich in nem UN äh:-
- 5 (0.21)
- 6 äh:: <<lachend> unaus!STEH!lichen > ↑ zustand sind ↓ oder °h
- 7 [das is ALle zwei wo-]
- 8 P [NEIN das is nur PHAsenweise;]
- 9 T w ja was heißt PHAsen wie lang hält das dann AN?
- 10 P (0.26)
- 11 ähm
- 12 (0.37)
- 13 P das is unterschiedlich es kann ma n paar tage gehn
- 14 es is aber auch schon mitunter über
- 15 (.) sechs bis acht wochen so gegant
- 16 [gen]
- 17 T [ja]

Auch hier versucht der Therapeut wieder herauszufinden, was sich hinter der durch die Reparatur entstandene Zeitangabe und den damit verbundenen Lebensereignissen verbirgt, indem er erfragt, wie sich das Leben des Patienten in dieser Zeit oder seit dem angegebenen Zeitpunkt verändert hat (3). Interessant ist, dass auch der Therapeut hier wieder Schwierigkeiten mit der Formulierung der Frage und der Wiederaufnahme des Ankerpunktes

zu haben scheint. Die zeitliche Zuordnung wurde somit zwar seitens des Therapeuten angenommen, doch bleibt die Formulierung der Art und Weise des Lebensereignisses weiterhin problematisch. Dies zeigt sich in der Äußerung des Therapeuten deutlich vor allem in dem stark verzögerten „äh“ und in dem mit einem Lachen unterlegten und stark betonten „unausstehlichen“ (6).

Im weiteren Verlauf erläutert der Patient kurz, wie er sich in diesen Phasen fühlt, dass er zwar auch Freude am Leben habe, die negativen Stimmungen allerdings überwögen. Nachdem das Gespräch kurz ins Stocken gerät, nimmt der Therapeut in der hier dritten Sequenz das Gespräch mit dem folgenden FPP wieder auf:

- 2.3.1 [04:27.88-04:49.63]
- 1 **T** WARN sie schon mal DESwegen in ner KLIInik?
 2 [h°]
 3 **P** [<<p> nein >;]
 4 **T** (1.06)
 5 un ne theraPIE h° S
 6 **P** (.) nein,
 7 **T** (0.79)
 8 g
 9 **P** [is jetzt das ERste mal,
 10 **T** [AR nich;
 11 is des ERste mal;
 12 (0.32)
 13 ((atmet ca. 1,3 Sek))
 14 (0.61)
 15 un:d hh°
 16 (1.28)
 17 wie-
 18 (0.79)
 19 °h KÖNN sie mi w=
 20 =was (.) wie ALT sind sie JETZ h°
 21 **P** sechsundZWANzig-
 22 **T** ja,
 23 (0.59)
 24 also so seit **ACHzehn ZWANzich**,
 25 (0.57)
 26 was HAM sie denn für_n SCHULabschluss?

Als sich herausstellt, dass der Patient deswegen bisher weder in einer Klinik noch in Behandlung war, gerät das Gespräch erneut ins Stocken und ein Bruch findet statt; hier zu sehen an den sehr häufig stattfindenden Pausesegmenten zwischen den nicht ausformulierten

Äußerungen des Therapeuten (12/18), die lediglich unterbrochen werden durch das hörbare Atmen des Therapeuten (13) und der verzögerten Konjunktion *und* (15). Dann zeigen sich erneut Formulierungsschwierigkeiten des nächsten FPP, was hier deutlich daran zu erkennen ist, dass der Therapeut erst eine Frage mit dem Interrogativpronomen *wie* einleitet (17), sie dann allerdings unterbricht, eine Reparatur durchführt, indem er die Frage neu formuliert und sie mit dem Verb einleitet (19), sie abermals abbricht und sich nach einem dem einleitenden Interrogativpronomen *was* für die Frage nach dem Alter entscheidet (20). Nach den anfänglichen Schwierigkeiten, das Gespräch wiederaufzunehmen, scheint ihm die Altersangabe mit Hilfe der fokalen Einheit unterstützend für den weiteren Verlauf zur Verfügung zu stehen. Dies zeigt sich darin, dass er nach der Angabe „sechszwanzig“ (21) die Reparatur der fokalen Einheit verwendet, um dann auf den Altersabschnitt „achtzehn zwanzig“ zu kommen (24) und somit eine Altersangabe für den Zeitpunkt bekommt, zu welchem eine Veränderung im Leben des Patienten stattgefunden hat. Durch diese Angabe wiederum orientiert er sich neu im Lebenslauf des Patienten und fragt nach dem Schulabschluss (26), worauf der Patient nach kurzem Zögern antwortet:

- 2.3.2 [04:49.63-05:04.29]
- 27 **P** (0.38)
- 28 ((schnalzt)) °h
- 29 (0.21)
- 30 mittlerWEIle abitur.
- 31 (1.43)
- 32 **T** auf_m zweiten bildungsweg
- 33 weil sie mittlerweile sagen oder oder wie
- 34 [h°]
- 35 **P** [ich hab äh das abitur damals als ich von zuhause ausgezogen bin da war ich siebzehn (.)]
- 36 **T** ja
- 37 **P** °h (.) ((schmatzt)) hab ich die schule kurz danach geschmissen da war ich in zwölf eins (.)
- 38 **T** ja

Eine solche Orientierung wie z. B. an Schulabschlüssen ist für Therapeut/innen besonders wichtig, da diese Orientierungspunkte unterschiedliche Lebensabschnitte und Entwicklungsstadien im Leben von Patient/innen markieren können. Hier stellt sich dann heraus, dass der Patient mit 17 von Zuhause auszog (35) und dann kurz danach, also ca. im Alter von 18 Jahren die Schule abbrach (37). Die Angabe der fokalen Einheit von „acht Jahre[n]“ trifft also in etwa den Zeitpunkt im Leben des Patienten, als für ihn ein einschneidender Wechsel und eine Zäsur in seinem Leben stattfand.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs erklärt der Patient, dass zu etwa dieser Zeit die Stimmungsschwankungen anfangen und die Angst vor Konsequenzen, was dazu führte, dass er sich sein Leben durch Bar- und Kellnertätigkeiten finanzierte und eigentlich mit den meisten seiner Lebensentscheidungen unzufrieden war. Sie unterhalten sich ca. zwanzig Minuten lang über den beruflichen Werdegang und die familiären Verhältnisse des Patienten, ehe der Therapeut das Gespräch in einer vierten Sequenz wiederaufnimmt, indem er auf den Suizid des Bruders des Patienten referiert:

- 2.4.1 [31:56.18-32:20.15]
- 1 **T** °hhh war das eigentLICH für SIE irgendWANN mal in diesen JAHR_N so_n,
- 2 (.) dass sie an so m PUNKT warn dass sie SACHten ich: m könnt mir AUCH das leben nehm?
- 3 (0.48)
- 4 das is ja auch immer so ne SAche wenn es in der eigenen faMI-lie jemand geTAN hat?
- 5 °hhh
- 6 **P** j:a.
- 7 (0.85)
- 8 **T** <<p> ja >?
- 9 (0.74)
- 10 **T** was hat (.) wann WAR das wie lange is das HER?
- 11 **P** (1.52)
- 12 ((schnalzt)) ähm (.) vor circa SECHS jahren,
- 13 (0.96)
- 14 **T** [was war da-]
- 15 **P** [nach der TRENnung von meinem PARTner;]

Der Therapeut fragt den Patienten, ob auch er bereits einen Suizidversuch unternommen hat (4), worauf der Patient klar mit „ja“ antwortet (6). Der Therapeut erfragt daraufhin den Zeitpunkt (10) und den Grund (15). Wie hier deutlich zu erkennen ist, fand der Suizidversuch „vor ca. sechs Jahren“ in dem zeitlichen Rahmen der Reparatur, wie sie in der fokalen Einheit erfolgte, statt.

Ich halte also fest: Die Reparatur des zeitlichen Rahmens von „sechs bis acht Jahre[n]“ der fokalen Einheit zeigt als einschneidende Lebensereignisse den Abbruch der Schule und die Trennung des Partners, die acht Jahre zuvor stattfanden und den Suizidversuch des Patienten, der sechs Jahre zuvor durchgeführt wurde. Auch hier, wie bereits bei P₁, konnte der Therapeut durch dreimaliges Wiederaufgreifen der fokalen Einheit emotional belastende Situationen aufdecken. Mit anderen Worten: Bei beiden Patient/innen konnte der

Therapeut den Grund für die von den Patient/innen gewählte zeitliche Angabe schrittweise erörtern und mögliche neurotische Auslösesituationen eruieren, die zu einer Veränderung im Leben beider geführt haben.

10.3. Zweites Fallbeispiel P₂

Bei dem dritten und letzten Beispiel handelt es sich ebenfalls um eine Reparatur, die während des Gesprächs mit P₂ stattfand. In den bisherigen Fällen haben die Patient/innen eine Zeitangabe repariert, welche vom Therapeuten erkannt und übernommen wurde als Hinweis auf mögliche emotional belastende Lebensereignisse. Im Folgenden soll ein Beispiel untersucht werden, bei dem der Therapeut vorerst nicht auf die Reparatur eingeht.

Wie wir bereits erfahren haben, hat der Patient manchmal Phasen, in denen er „unausstehlich“ ist. Bereits früh im Gespräch erklärt er dem Therapeuten, dass er damals die Schule noch während der Oberstufenzeit abbrach. Hierfür zeigt der Therapeut ein besonderes Interesse und möchte mehr zu den Umständen des Schulabbruchs wissen. Er beginnt die hier folgende Frequenz mit einem FPP in Form einer Frage:

- 3.1.1 [05:20.72-05:36.35]
- 1 **T** WÜRDEN sie heute sa im RÜCKblick sagen das war (.)
 - 2 °hh (.) AUCH in so einer STIMmung ode:r-
 - 3 w gab_s auch reALE °hh
 - 4 (.) GRÜNde dass sie s sich überFORDert gefühlt haben oder-
 - 5 wa warn die NOTen und die LEISTungen schlecht-
 - 6 **P** [die LEISTungen warn die LEISTung warn okay,
 - 7 **T** [oder wie,
 - 8 (0.25)
 - 9 **T** ja (.)
 - 10 [daran LAG_s nich;]

Hier ist deutlich zu erkennen, dass der Therapeut in dem vom ihm gestellten FPP nicht nur nach den Gründen fragt, sondern dem Patienten drei Vorschläge unterbreitet: die „Stimmung“ (2), Überforderung (3) und Noten bzw. schlechte Leistungen (5). Letzteres kann der Patient in der Eröffnung seines SPP deutlich verneinen mit „die Leistungen waren okay“ (6), was von dem Therapeuten auch als Antwort angenommen wird (9/10). Dies zeigt sich in einem klaren „Ja“ als Antwort. Da der Therapeut zeitgleich mit Beginn des SPP seine FPP mit einer Frage, eingeleitet mit „oder wie“ (7) beenden zu wollen scheint, fährt der Patient fort:

- 3.1.2 [05:35.35-05:55.66]

- 11 P [°h ähm-]
 12 (.) nee daran lag_s NICH es lag WIRKlich an der STIMmung dass
 ich keine LUST hatte,
 13 **un dann hab ich zwei DREI wochen geFEHLT ,**
 14 (.) °h (.) un::d ä:h-
 15 (.) dann:: kam natürlich die LEHRer un ham gefragt,
 16 was is eigentlich LO:S un °h
 17 (.) du MUSST un:: wenn man mir s-
 18 (.) dann war_s mir ers RECHT zu viel °h
 19 (.) wo ich dann geSACHT hab oke wie SOLL ich das jetzt anderen
 erKLÄRN;
 20 **wieSO w:: hab ich jetzt zwei DREI wochen geFEHLT;**
 21 (0.74)

Auch bei dieser Antwort wird durch den Verzögerungslaut *ähm* (11) und an der verzögerten Negation *ne* (12) eine Dispräferenz deutlich. Anders jedoch als in den bisherigen beiden Beispielen hat der Patient hier kein Problem mit der zeitlichen Zuordnung gewisser Ereignisse in seinem Lebenslauf. Der Patient führt hier eine Reparatur durch, indem er das Numerale *zwei* durch das stärker betonte *drei* ersetzt (13). Es findet hier auch im Unterschied zu den ersten beiden Beispielen keine Initiierung der Reparatur statt, der Übergang erfolgt nahtlos. Dass es sich dennoch um eine Reparatur handelt, kann in der stärkeren Betonung des Numerales *drei* erkannt werden (20); der Patient macht hierin eine Präferenz deutlich. Die fokale Einheit (13) wird gefolgt von vielen aufeinanderfolgenden Verzögerungen: Das stärkere Einatmen, „und“, „äh“ (14) und „dann“ (15). Dies sind einerseits alles Anzeichen für eine bereits erwähnte Dispräferenz, andererseits zeigt sich dadurch ein deutliches Unwohlsein in der Beantwortung seitens des Patienten.

Schon wenige Sekunden später greift der Patient die fokale Einheit erneut auf, dieses Mal als Frage, die seinen eigenen inneren Monolog repräsentiert: „Wieso hab ich jetzt zwei, drei Wochen gefehlt“ (20). Es ist auffällig, dass der Patient sich bei der Wiederaufnahme nicht nur für die von ihm scheinbar präferierte Angabe von „drei Wochen“ entscheidet, sondern für die gesamte fokale Einheit. Ausgelöst wurde die Wiederaufnahme der fokalen Einheit durch die vom Patienten beschriebene Erklärungsnot (19). In dem ungenau dargestellten zeitlichen Rahmen der fokalen Einheit scheint also ein Ereignis stattgefunden zu haben, welches die „Stimmung“ (12) des Patienten negativ beeinflusst hat, das er selbst jedoch nicht erklären kann (19) und dessen Konsequenzen er sich versucht zu entziehen, was in der Folgesequenz deutlich wird:

3.1.3 [05:55.66-06:12.16]

REPARATUREN IN PSYCHODIAGNOSTISCHEN GESPRÄCHEN

22 **T** ((schmatzt)) °hh
23 (0.69)
24 **P** u
25 [nd dann HATT ich (.) geSACHT oke,
26 **T** [hhh°
27 **P** ich entZIEH mich der konseQUENZ und-
28 geh halt GAR nich mehr hin.
29 **T** ja,
30 **P** (0.9)
31 ((Hintergrundgeräusche, ca. 1,09 Sek.))
32 **P** (0.25)
33 das is EINFach um: (.)
34 den konseQUENZen aus_m WEG zu gehn dass die LEUte dann fragen;
35 [was war LOS was is,
36 **T** [hm,
37 **P** [eigenlich;]
38 **T** [°hh]
39 (0.36)
40 un-
41 (0.3)
42 DANN hat_s aber irgendwann DOCH noch mit_m abitur geklappt,
43 wie ging das weiter?

Hier erklärt der Patient an zwei Stellen, dass er den Konsequenzen aus dem Weg gehen wollte (27/34) und auf Grund dessen die Schule nicht mehr besuchte. Die Konsequenzen beschreibt er selbst in Form von Nachfragen der „Leute“ nach den Gründen seines Fehlens (34/35). Hier gerät der Patient in Formulierungsschwierigkeiten. Dies kann daran erkannt werden, dass bei dem Patienten eine Zäsur in Form einer Pause stattfindet, eingeleitet durch das verzögerte „um“ (33), als er versucht zu erklären, warum er sich den Konsequenzen entziehen möchte. Auch hierin können wieder deutliche negative Emotionen erkannt werden, die mit dieser Äußerung verbunden sind. An dieser Stelle geht der Therapeut nicht weiter auf die fokale Einheit ein, sondern fährt im Lebenslauf des Patienten fort (43), verweist jedoch auf den zu einem anderen Zeitpunkt stattgefunden Schulabschluss des Patienten (42), allerdings hier vorerst mit scheinbar geringerem Interesse; der Therapeut scheint noch keinen Grund für mögliche negative Erfahrungen und Auslöser der Fehlzeiten erkannt zu haben.

Erst ca. eine halbe Stunde später im Gespräch greift der Therapeut in der hier zweiten Sequenz erneut das Thema Schulbildung auf, als er den Patienten auf das Studium anspricht. Er formuliert seinen FPP lediglich als Aussage, die dem Patienten signalisieren soll, an welcher Stelle in dessen Vita er fortfahren sollte:

REPARATUREN IN PSYCHODIAGNOSTISCHEN GESPRÄCHEN

3.2.1 [41:07.21-41:26.31]

- 1 (2.85)
2 **T** °hhh JA wir sind ja so in dem in der chronologie i (.) in IHRem leben °h (.) ähm-
3 nach dem (.) ENde dieser FRANKfurt (.) geschichte ham wir noch nicht weiter geSPROChen wie_s dann WEITerging;
4 °hh als sie (.) aufgehört HATTen;
5 (0.67)

Obwohl die Aufforderung an den Patienten im FPP des Therapeuten darin liegt, zu erläutern, wie es „weiterging“ (3), als der Patient jenes Studium „aufgehört“ hatte (4), beginnt der Patient seinen SPP chronologisch bei Beginn des Studiums, nicht wie vom Therapeuten gefordert bei Beendigung und lenkt damit die Unterhaltung in Richtung der von ihm entschiedenen Präferenz. Kurze Zeit später lenkt der Patient dann den Fokus auf die fokale Einheit:

3.2.2 [41:51.50-42:10.41]

- 6 **T** hm,
7 **P** °hh ((schmatzt))
8 (0.74)
9 un::nd war aber irgendwie immer nur s VIERtels DA maximal s halbe semester da?
10 °hhh dann HATT ich irgendwie kein BOCK mehr?
11 (0.41)
12 un: dann wurde mir AUCH wieder alles zu !VIEL! un:-
13 °hh wenn man DANN das war wieder der GLEIche punkt,=
14 **=wenn man DANN mal zwei DREI wochen gefEHLT hat?**
15 (0.55)
16 wie erKLÄRT man das dann.=
17 =also: LÄSST man_s geich GANZ bleiben.

Auch an dieser Stelle werden, wie bereits zuvor, zwei Aspekte deutlich, die der Patient in Form einer Pre- und einer Post Expansion um die fokale Einheit bildet: Den Gemütszustand, dass alles „zu viel“ wurde (12), was er durch eine sehr starke Betonung verdeutlicht und die Frage, wie das Fehlen, das in der fokalen Einheit dargelegt wird, erklärt werden soll (16). Im Vordergrund steht hier also wieder die Erklärungsnot, was der Patient dadurch verstärkt ausdrückt, dass es „der gleiche Punkt“ sei wie bereits in Zeiten seiner Schulzeit. Interessant ist hier, dass er bei der Wiederaufnahme der fokalen Einheit dieses Mal erneut eine stärkere Betonung auf das Numerale *drei* legt (14), wie bereits bei der fokalen Einheit selbst.

Erst nachdem der Patient die Sequenz seines abgebrochenen Studiums dann in seiner Erzählung beendet, erkennt der Therapeut die mehrfach stattgefundene und wiederaufgenommene fokale Einheit und versucht, eine mögliche Auslösesituation zu ergründen, indem er kurze Zeit später durch den folgenden FPP in Form einer Frage vom Patienten wissen möchte, ob er selbst die Gründe dafür wisse:

3.2.3 [42:35.49-42:55.81]

- 18 **T** °hh ((schnalzt)) °h haben SIE für sich ne hh° ne erKLÄrung wie das so,
19 °hhh KOMMT dass sie hh°
20 (0.52)
21 dass sie nach ner gewissen ZEIT,
22 (.) bei manchen DINgen die sie ja mit inteRESSE und NEUgierde anfangen,
23 °hh dann die LUST verlässt?
24 (0.74)
25 oder sind es AUCH bestimmte DINge,=
26 =wo sie des MERken wenn DAS passiert dann?

Der Therapeut nimmt erstmals die Frage auf, ob der Patient „für sich eine Erklärung hat“ (18), woher die immer wieder eintretende Lustlosigkeit rührt. Weiter fragt er, ob der Patient gewisse Anzeichen erkenne, bevor die Phase der fokalen Einheit eintritt (25/26). An der Reaktion des Patienten ist zu erkennen, dass die vom Therapeuten gestellte FPP eine Schlüsselfrage darstellt:

3.2.4 [42:55.81-43:08.42]

- 27 **T** ((atmen))
28 **P** das IS ja der punkt;=
29 =ich WEISS es nich-
30 (.) ich: HAB keinen ANhaltspunkt da,=
31 =ich WEISS es NUR °h
32 ((schnieft))
33 (1.63)
34 es is IRgendwann mal der PUNKT wo_s mir kein SPASS mehr macht?
35 dann QUÄL ich mich;
36 **T** ja?
37 **P** daHIN.

Ganz offensichtlich hat hier der Therapeut in seinem FPP die richtige Frage gestellt. Deutlich zu erkennen ist dies an der Äußerung des Patienten „das is ja der Punkt“ (28). In der Folge kann er auch deutlich die Schwierigkeit äußern, die er bereits zuvor in Zusammenhang

mit der fokalen Einheit zum Ausdruck brachte: Er kennt die Gründe nicht (29), erreicht einen Punkt der Lustlosigkeit (34) und empfindet darauffolgend alles als „Qual“ (35).

Danach eröffnet der Therapeut einen Erklärungsversuch, indem er jene beschriebenen Phasen der fokalen Einheit als normale „Motivationslöcher“ (38) darstellt und unterbreitet in einem erneuten FPP einen Lösungsversuch:

- 3.2.5 [43:30.81-43:57.52]
- 38 T sch sagen wir mal SO (.) motivaTIONS (.) °hh LÖCHER g sind ja
n:: was was f-
- 39 (0.96)
- 40 VIElen menschen (.) passiert,=
41 =im äh STUdium oder SONST wie,=
42 und dann GIBTS ja °hh für die MEISten;
43 (0.52)
- 44 irgendwie dann so n !ZIEL! so_n LANGfristiges !ZIEL! was dann-
45 (0.37)
- 46 ihnen dazu (.) !HILFT! (.) !DURCH!zuhalten oder so.
47 °hhh sowas (.) bei IHNen irgend_ne IDEE was sie wo sie gerne
HINmöchten?
- 48 P ja:,

Die Lösungsversuche zeichnen sich in der Pre-expansion vorerst deutlich durch die sehr starke Betonung von „Ziel“ (44), „hilft“ und „durchhalten“ (46) aus. Auf den darauffolgenden FPP in Form einer Frage, ob denn der Patient ein solches Ziel habe (47), antwortet dieser auch unmittelbar mit „ja“ (48). Im weiteren Verlauf des Gespräches sprechen der Therapeut und der Patient dann über die Zukunftsvorstellungen des Patienten; auf die fokale Einheit wird nicht wieder eingegangen.

An dieser Stelle muss zwingend festgehalten werden, dass der Patient die fokale Einheit in Form der Reparatur und ungenauen Zeitangabe mehrfach aufgreift, zu verstehen gibt, dass er den Grund für die Auslösesituation nicht nennen kann und den Konsequenzen immer wieder ausweicht, der Therapeut hier zwar einen Lösungsversuch unterbreitet, allerdings ohne Gründe für die mehrfach erwähnten Fehlzeiten gefunden zu haben.

Nach genauerer Betrachtung des Gesprächs und Anhörens der Audio-Datei fallen allerdings zusammenhängend mit der fokalen Einheit und der Auslösesituation zwei Stellen im Verlauf der Sitzung besonders auf. Die erste dieser Sequenzen handelt von der Zeit an der privaten Hochschule, die der Patient, wie bereits zuvor das Gymnasium, ebenfalls nach kurzer Zeit abbrach. Wie wir später im Gespräch bereits gesehen haben, hängt dieser Abbruch

zusammen mit dem Auslöser selbst und der fokalen Einheit. Allerdings stellt der Therapeut bereits zu Beginn des Gesprächs folgende Frage zum Abbruch des Studiums:

- 3.3.1 [13:15.23-13:25.85]
- 1 **T** ich meinte jetzt aber auch so (.) bestimmte !ÄNG!ste vielleicht,=
2 wo sie sagen dass is MEHR gewesen als (am/ham) ANdre menschen ängste HAben oder;
3 °hhh
4 [((schnalzt)) °hh]
5 **P** [nö.]
6 **T** dinge °hh
7 [((unverständlich, ca. 1,6 Sek.))]

In diesem FPP erfragt der Therapeut mit besonderer Betonung, ob es gewisse Ängste (1) oder Ähnliches gegeben habe, die zu dem Abbruch des Studiums führten. Zwar verneint der Patient dies (5), fährt jedoch wie folgt fort:

- 3.3.2 [13:25.85-13:35.21]
- 8 **P** [ÄNGste eigentlich NICH direkt.]
9 EINFach nur::-
10 (0.37)
11 vielleicht is es einfach nur die verAChtung für die LEUte dort,
12 °hh weil man STETS und STÄNDig geHÄNselt wurde;
13 (0.3)
14 [weil (.) das war EINFach dieser (.) psychologische druck,]

Anfänglich verneint der Patient noch die Frage nach den Ängsten (8), leitet dann allerdings die Post Expansion der SPP mit „einfach nur“ ein. Dies stellt eine semantische Schwächung der zuvor getätigten Verneinung dar. Danach zögert er noch, was sich in der Länge des Adverbs *nur* (9) und in der darauffolgenden kurzen Pause äußert (10). Dass ihm die Beantwortung der Frage wichtig erscheint, obwohl er sie zu Beginn noch mit einem klaren „Nö“ verneint hat (5), wird dadurch deutlich, dass er den Therapeuten in seinem Turn unterbricht und sich somit das Rederecht trotz eigentlich bereits beantworteter Frage wieder aneignet. Mit der dann getätigten Äußerung, dass der Patient „nur Verachtung für die Leute“ übrig habe, weil er „stets und ständig gehänselt wurde“, gefolgt von dem vom ihm beschriebenen „psychologischen Druck“ (14), zeigt er eine emotional deutliche negativ belastete Lebenserfahrung.

Diese Belastung wird vom Therapeuten bemerkt und er wiederholt diese emotional belastete Äußerung des Patienten (15). Als Begründung für die „Hänseleien“ gibt der Patient an, dass er der Einzige gewesen sei, der nicht aus einem vermögenden Elternhaus stammte:

3.3.3 [13:32.51-13:44.72]

15 **T** [°hh sie wurden geHÄNselt,]

16 **P** [von allen]

17 **T** [°hh w:: WER wurde von WEM wurden SIE]

18 **P** [(.) nein nein ich persÖNlich jetzt,]

19 **T** [oder wurden ALle geHÄNselt oder SIE wurden von den,]

20 **P** (.) weil ähm:

21 °hh ich war dort QUAsi der QUOtenarme,

Dass in dieser Sequenz eine besondere Spannung besteht, kann daran erkannt werden, dass Patient und Therapeut fast ausschließlich gleichzeitig reden. Seitens des Therapeuten kann eine gewisse Verwunderung festgestellt werden, was sich darin äußert, dass er zuerst die Aussage selbst wiederholt mit Betonung auf „gehänselt“ (15). Anschließend scheint bei ihm eine Verwirrung zu bestehen, da er die Frage, die er stellen möchte, zweimal direkt aufeinanderfolgend repariert. Es macht sogar den Anschein, als wolle er unterschiedliche Dinge wissen, sich aber hinsichtlich der Relevanz nicht entscheiden könne. So stellt er zuerst die Frage, *wer* gehänselt wurde. Doch noch in demselben Turn ersetzt er die Frage unmittelbar durch *von wem* (17). Schon während der Patient versucht, letztere Frage zu beantworten (16), stellt der Therapeut seine dritte Frage, um herauszufinden, ob es allen so erging (19).

Wir haben also gesehen, dass der Patient an drei verschiedenen Stellen auf eine Problemsituation in Form der fokalen Einheit verweist, die einmal zum Abbruch der Schule, ein anderes Mal zum Abbruch des Studiums geführt hat. Laut eigenen Aussagen kann der Patient nicht erklären, „woran es liegt“, und aus Angst gegenüber den Konsequenzen entscheidet er sich nach benannten Fehlzeiten für den Abbruch. Zwar versuchen Therapeut und Patient interaktiv mit Hilfe der fokalen Einheit herauszufinden, was die immer wieder stattfindenden Angstsituationen im Leben des Patienten auslöst, finden mögliche Gründe hierfür jedoch nicht und gehen zu Lösungsversuchen über. Allerdings konnte konversationsanalytisch an anderer Stelle aufgedeckt werden, dass der Patient während seines Studiums z. B. „gehänselt“ wurde (als Einziger, wie sich herausstellt), weil er einer anderen sozialen Schicht angehörte als seine Kommiliton/innen. Ob es sich hierbei wirklich um die Gründe handelt, die zu den in der fokalen Einheit beschriebenen Fehlzeiten führten, kann hier nicht beurteilt werden. Jedoch möchte ich festhalten, dass diese Sequenz einen Hinweis darauf darstellen kann.

Wie bereits erwähnt, soll noch eine weitere Sequenz unsere nähere Aufmerksamkeit bekommen. Der Patient erzählt dem Therapeuten in etwa in der Mitte der Sitzung, dass es in seinem Leben nie Menschen mit Vater- oder Mutterrolle gab, sondern dass er den besten Draht vereinzelt zu gleichaltrigen Mitschülern hatte oder zu Lehrern, wie z. B. seinem Klassenlehrer. Auf einer Klassenfahrt geschah es, dass besagter Lehrer ihn zur Seite nahm, angeblich mit folgender Begründung:

3.4.1 [35:16.83-35:26.15]

- 1 P un::d ich war halt in der schule immer DER mhm °hh der STREber-
typ der immer auf die ähm::: ja,
- 2 (0.67)
- 3 DER halt IMmer einstecken durfte.

Bereits zuvor konnte die Vermutung aufgestellt werden, dass der Grund für das plötzliche Fehlen, den der Patient nicht nennen kann und vor dessen Konsequenzen er sich scheute, das Hänkeln an der Hochschule war. Das gleiche Muster ist in dieser Sequenz zu erkennen. Durch die Art und Weise der Formulierungsschwierigkeiten kann auch hier wieder eine Dispräferenz erkannt werden. Dies zeigt sich v. a. in der stark verzögerten Konjunktion *und* zu Beginn des Turns und dem Verzögerungslaut *ähm* am Ende. Des Weiteren findet in der Mitte ein kurzer Bruch statt, welcher durch den nasalen Laut *mhm* und das stärkere Einatmen markiert ist (1). Die Betonung dieser Intonationsphrase liegt auf „Streber“, was die vom Patienten beigemessene Relevanz vermuten lässt. Wie also an der Hochschule gibt es hier eine ähnliche Situation an der Schule, in welcher der Patient „immer einstecken“ musste (3).

Zusammenfassend soll an dieser Stelle festgehalten werden, dass in der vom Patienten durchgeführten Reparatur, wie bereits bei den Beispielen zuvor, Schwierigkeiten erkannt werden konnten, selbst eine Auslösesituation zu definieren und zu erkennen. Anders als bei den ersten beiden Beispielen allerdings konnte diese auch nicht in Zusammenarbeit mit dem Therapeuten identifiziert werden. Durch mehrmaliges Wiederholen der fokalen Einheit seitens des Patienten wird zwar eine Problemsituation erkannt, der Ursprung allerdings nicht gefunden. Dank des konversationsanalytischen Vorgehens konnten unerkannt gebliebene Zusammenhänge einzelner Vorgänge erstellt werden, die mögliche Hinweise auf für die Psycho-diagnose relevante Erkenntnisse liefern können.

11. Zusammenfassung und Forschungszusammenhang

In einem letzten Kapitel möchte ich nun nochmals wichtigste Forschungshintergründe zusammenfassen und in Verbindung mit den Ergebnissen bringen, die uns die Analyse geliefert hat. Hierfür möchte ich vorerst kurz auf die Reparaturen zurückgreifen, wie sie bereits von Kitzinger und Freud erläutert wurden und erörtern, inwiefern sie in unseren Ergebnissen erkennbar sind. In einem letzten Schritt soll dann noch die Relevanz meiner Arbeit für den Arbeitskreis OPD erläutert werden.

Meine Motivation für diese Arbeit war es herauszufinden, ob sprachliche Fehlleistungen bei Zeitangaben bei Patient/innen in psychodiagnostischen Gesprächen Anzeiger für möglicherweise negativ belastete Erlebnisse oder verdrängte Erfahrungen sein können. Eine wichtige grundlegende Rolle hierfür spielt die Bedeutung der CA in der Psychotherapie. Der von Anna O. beschriebene Grundsatz der *talking cure* bleibt mit der Erkenntnis über die Unterscheidung zwischen öffentlichen und intimen Gedanken immer noch erhalten (vgl. Kapitel 6). Es gilt also für Therapeut/innen in Gesprächen mit Patient/innen, wann immer ein solches Wissen einschlägige und emotional belastende Auswirkungen auf gegenwärtige Probleme zu haben scheint, jenes Wissen aus dem intimen in den – zumindest für den Rahmen der Therapie – öffentlichen Raum zu transferieren. Dieser Transfer kann nur interaktiv stattfinden, d. h., Therapeut/innen und Patient/innen können nur in Zusammenarbeit Problemhintergründe und -zusammenhänge ergründen und evtl. Lösungen finden. Wie bereits in Kapitel 6 beschrieben, ist es daher die Hauptaufgabe der Therapeut/innen, ihre Patient/innen zum Reden über private Themen zu motivieren. Hierdurch erlangen Patient/innen ein Verständnis über ihre Erfahrungen, die sie häufig auch unbewusst beeinflussen, d. h., häufig haben die Patient/innen selbst keine Kenntnis über emotional bedingte Auslösesituationen oder deren Einflüsse auf ihr Leben. Sie lernen zu verstehen, warum sie in gewissen Situationen auf eine ganz bestimmte Art handeln und empfinden.

Eine solche interaktive Arbeit zur Erlangung von Kenntnissen, die vorerst lediglich dem/der Patient/in vorenthalten waren, konnte in allen drei hier aufgeführten (Teil-) Beispielen sehr gut erkannt werden. Bei P₁ hat der Therapeut in der fokalen Einheit unmittelbar ein bedeutsames Lebensereignis erkannt, einen Wendepunkt im Leben der Patientin und hat durch z. B. Fragen nach dem Alter und viermaligem Wiederaufgreifen der fokalen Einheit Wissen über Ereignisse erlangen können, die Auslösesituationen für weitere Folgeereignisse darstellen können. Hierzu gehörten bei P₁ Situationen wie beispielsweise der Suizidversuch,

die Schwangerschaft, Krankheit der Mutter etc., die schlussendlich zu dem Behandlungsbeginn geführt haben. Interessant war es zu sehen, dass die Patientin besonders im Fall des Suizidversuchs erst sehr spät im Gespräch davon zu erzählen beginnt, was auf Auffälligkeiten in ihrer Relevanz von Erlebtem und Erfahrenem rückschließen lässt.

Ein ähnliches interaktives Vorgehen konnte bei P₂ beobachtet werden. Auch hier wird der Therapeut durch die Reparatur und die Formulierungsschwierigkeiten des Patienten bei der Zeitangabe auf eine für den Patienten problematische Lebenserfahrung aufmerksam. Er greift diesen Moment zweimal als Ankerpunkt wieder auf und findet so heraus, dass der Patient zu dieser Zeit von zu Hause auszog. Wie bereits bei P₂ verwendet der Therapeut hier die fokale Einheit, um das genaue Alter des vermeintlichen Wendepunktes im Leben des Patienten herauszufinden. Gemeinsam und interaktiv eruieren Therapeut und Patient dann, dass zu eben jenem Zeitpunkt der fokalen Einheit der Suizidversuch und die Trennung des Partners stattfanden.

In den ersten beiden Beispielen konnte also gesehen und erkannt werden, dass der aktive Part des Ergründens vom Therapeuten übernommen wurde, indem er die fokale Einheit immer wieder aufgriff. Im zweiten Beispiel von P₂ konnte gezeigt werden was passiert, wenn der Therapeut die fokale Einheit nicht erkennt. Hier ist es der Patient, der an drei Stellen die fokale Einheit aufgreift und – wie anhand des Transkripts erkennbar wurde – deutlich signalisiert, dass er Schwierigkeiten hat, die Zusammenhänge um die Geschehnisse der fokalen Einheit zu verstehen. Doch hier kam eine neue Besonderheit hinzu: Obwohl Patient und Therapeut, zwar mit dem Patienten als aktive Instanz, gemeinsam versuchen, die Gründe der sich hinter der fokalen Einheit befindlichen Probleme zu eruieren, kommen sie zu keiner Lösung. Mit Hilfe der konversationsanalytischen Untersuchung konnten allerdings einige traumatische Erlebnisse aufgedeckt werden, die sich hinter der fokalen Einheit verbargen, d. h., mit den unterschiedlichen in der Reparatur befindlichen Zeitpunkten in Verbindung standen: Das Mobbing an Schule und Universität.

Hier konnte sehr schön aufgezeigt werden, wie wichtig die CA sein kann, um in psychodiagnostischen Gesprächen mögliches unbewusstes Wissen von Patient/innen aufzudecken und jenes zu verwenden, um interaktiv gemeinsam eine Entwicklung zu durchlaufen. Des Weiteren konnte gesehen werden, dass es sich bei Reparaturen nicht immer um die Ver- oder Ausbesserung von Fehlern handeln muss (vgl. Kapitel 7). Anhand der Forschung von

Freud konnte gezeigt werden, dass es sich beim Versprechen um einen unbewusst gebliebenen Gedanken handeln kann, der sich durch das Versprechen kundgibt (vgl. Kapitel 8); d. h., Versprecher können also Indizien für verdrängtes Material sein, das von Deckerinnerungen überlagert wird. Wenn hier von Deckerinnerungen die Rede ist, muss dieser Begriff – wie wir anhand der Beispiele gesehen haben – ausgeweitet werden auf Deckerinnerungen, die andere Ereignisse überlagern und Verdrängungsmomente, auf die nicht *ad hoc* zugegriffen werden kann. Die Motivierung hierfür ist psychisch determiniert, kommt also häufig aus dem Unbewussten. Des Weiteren ist es wichtig zu beachten, dass Zahlen, die als Überlagerung von unangenehmen Erinnerungen verwendet werden, niemals willkürlich gewählt sein können und daher immer mit bestimmten Ereignissen verknüpft sind. Allerdings sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es bei psychischen Krankheitserfahrungen im Rahmen von psychodiagnostischen Gesprächen nicht untypisch ist, wenn Patient/innen Schwierigkeiten mit der zeitlichen Zuordnung gewisser Abläufe aufzeigen.

Es konnte in allen drei (Teil-) Beispielen erkannt werden, dass der Zeitpunkt, für den sich der/die Patient/in entschieden hat, einen ausschlaggebenden Punkt in seinem/ihrer Leben darstellte. Sei es der Eintritt in die Behandlungsphase, der Auszug von zu Hause oder der Abbruch von Schulzeit und Universität. In den ersten beiden Beispielen konnte vermutet werden, dass der Therapeut durch die Versprecher auf jene Lebensabschnitte aufmerksam wurde; vielmehr: Durch die Versprecher und sprachlichen Fehlleistungen konnte er evtl. emotional belastende Auslösesituationen in diesen Lebensabschnitten vermuten, was sich dann als wahr erwies, allerdings erst – wie bereits beschrieben – interaktiv aus dem Unbewussten erarbeitet werden musste. Interessant im dritten Beispiel war, dass P₂ sich hier selbst der Auslösesituation bewusst war, sie sprachlich auch überlagert ist durch den Versprecher und Erinnerungen wie jene der Konsequenzen und seinen Gefühlen, Therapeut und Patient sie allerdings nicht mit den traumatischen Erlebnissen des Mobbings in Verbindung bringen konnten.

Freud (1912) stellt in seinen Forschungsbeiträgen zur Psychopathologie des Alltagslebens die Frage, ob sich konstante und eindeutige Beziehungen zwischen der Art der Fehlhandlung und den Qualitäten des durch sie zum Ausdruck Gebrachten nachweisen lassen können (ibid, S. 54). In unserem Fall können wir diesbezüglich die Annahme aufstellen, dass sich scheinbare Versprecher bei Zeitangaben in der Vita von Patient/innen in psychodiagnostischen Gesprächen verbinden lassen mit unbewusst verdrängten und überlagerten Ereignissen und traumatischen Erlebnissen zu einem früheren Zeitpunkt in ihrem Leben.

12. Ausblick in Zusammenhang mit weiteren Forschungsmethoden

Wie bereits erwähnt, sollte für diese Arbeit vordergründig untersucht werden, inwiefern Formulierungsschwierigkeiten und Fehlleistungen seitens der Patient/innen bei Zeitangaben in psychodiagnostischen Gesprächen Rückschlüsse auf emotionale Belastungssituationen zulassen. Grundlegend hierfür wurde vor allem die Forschung von Freud (1912) und Kitzinger (2013) herangezogen. Es gibt allerdings noch zwei weitere Forschungsbeiträge, die sich damit beschäftigen, wie Patient/innen Beiträge ihrer Vita sprachlich als relevant markieren können und wann Therapeut/innen Äußerungen von Patient/innen (mehrfach) erneut wieder aufnehmen. Beide sollen hier kurz Erwähnung finden, da sie in diesem Forschungszusammenhang für zukünftige Arbeiten von besonderem Interesse sein können.

12.1. Relevanzmarkierungen im Arzt-Patienten-Gespräch

An dieser Stelle soll noch kurz die Forschung von Sator (2003) erwähnt werden, die in ihrer Diplomarbeit untersucht, was Patient/innen und Ärzt/innen im gemeinsamen Gespräch als relevant markieren und als wichtig im Sinne von erwähnenswert ansehen. Zwar beschreibt Sator (2003) ein Relevanzsystem aus dem allgemeinmedizinischen Bereich, allerdings können Gemeinsamkeiten zwischen ihrer Forschung und dieser Arbeit festgestellt werden. So schreibt sie z. B., dass die von Patient/innen gewählten Relevanzkriterien geprägt sind von „individuell erlebte[m] Zusammenhang zwischen Krankheit und persönlichen Lebensumständen“ (ibid, S. 31). Weiter schreibt sie, dass die Ärzt/innen, in unserem Fall Therapeut/innen, die „gesprächsorganisatorische und inhaltliche Kontrolle über das Interaktionsgeschehen“ übernehmen, d. h., sie „eröffnen und beenden die Gespräche, initiieren Frage-Antwort-Sequenzen, bestimmen den thematischen Verlauf und kanalisieren die Äußerungen der Patient/innen zeitlich wie inhaltlich“ (ibid). Sator (2003) beschreibt Relevanzmarkierungen von Patient/innen als „interaktives Angebot“ und als „Thematisierungs- und Prozessierungsangebot“ (ibid, S. 33). Auch Sators Überlegungen hierzu können sehr deutlich in den hier erbrachten Beispielen erkannt werden. Die Patient/innen haben sich in den Sitzungen, wenn auch evtl. unbewusst, für die fokale Einheit entschieden und bereits durch diese Entscheidung jene Angabe als für sich relevant hervorgehoben. Dies wird besonders deutlich, wenn sie wie bei beispielsweise P₁ die eigentlich gestellte Frage nicht direkt beantworten, sondern sich für einen anderen Zeitpunkt zur Beantwortung der Frage entscheiden. Die Patient/innen haben also durch diese Entscheidungen jeweils jenen Zeitpunkt als relevant markiert und dem

Therapeuten damit ein Angebot unterbreitet, das er auch angenommen hat. Durch die Reparaturen und Formulierungsschwierigkeiten wurden dann auch psychische Determinierungen deutlich.

12.2. Expandable Responses

Bezüglich der Fehlleistung seitens Patient/innen, die Beantwortung der von Therapeut/innen gestellten Frage zu erfüllen, veröffentlichten Muntigl und Zabala (2008) einen Artikel zu sog. *expandable responses*, d. h., Antworten, die erweiterbar sind. Eine Antwort wird dann als erweiterbar angesehen, wenn diese von Patient/innen unzureichend oder falsch ausgeführt wurden. Es bedeutet darüber hinaus, dass Therapeut/innen in den Antworten von Patient/innen noch mehr Informationspotenzial erkennen und deshalb versuchen, Patient/innen dazu zu motivieren, ihre Antworten noch weiter auszubauen. Der Erfolg in der Psychotherapie hängt also davon ab, ob Patient/innen in der Lage sind und Bereitschaft dafür zeigen, über ihre eigenen Erfahrungen zu reflektieren (ibid, S. 188). Diese Eigenschaft liefert auch die notwendigen Voraussetzungen, um Problemquellen zu erarbeiten und zu sich damit zu konfrontieren. Was wir bisher als Interaktion angesehen haben, bezeichnen Muntigl und Zabala (2008) als *co-construction* (ibid). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass *expandable responses* die Erwartung des/der Therapeut/in widerspiegeln, mehr über ein Thema wissen zu wollen. Die Ausbaufähigkeit kann von Therapeut/innen signalisiert werden, indem sie die Antworten von Patient/innen zusammenfassen oder paraphrasieren (ibid, S. 190).

Das hier beschriebene Schema konnte in den obigen Beispielen sehr gut erkannt werden. Der Therapeut hat das Potenzial hinter der fokalen Einheit erkannt und hat durch das mehrmalige Wiederaufgreifen, durch das Paraphrasieren eben jener Einheiten den/die Patient/in dazu motivieren können, schlussendlich mehr über die damit zusammenhängenden Lebensereignisse zu erzählen. Sehr interessant war es zu sehen, dass das Erkennen dieses Potenzials nicht nur seitens der Therapeut/innen erwartet werden muss. Wie in Fallbeispiel zwei von P₂ sehr schön zu sehen war, kann auch der/die Patient/in diese Ausbaufähigkeit in einer Antwort selbst erkennen, besonders dann, wenn diese Antwort auch von Patient/innen selbst als relevant markiert wurde. Auslöser für solche Antworten sind Pausen, Zäsuren, Verzögerungen etc., wie sie in unseren Beispielen bereits als Initiierungen der Reparaturen gedeutet wurden (ibid, S. 198).

Zusammenfassend möchte ich festhalten: Bei allen Beispielen hat sich der/die Patient/in durch die Art und Weise ihrer/seiner Antwort eben jene als inhaltlich relevant markiert.

Dies geschah entweder, indem sie einen für sich relevanten Zeitpunkt in ihrer Vita selbst wählten, oder die Antwort abweichend von der Frage war. Für den Therapeuten scheint die Antwort inhaltlich allerdings informativ nicht ausreichend gewesen zu sein, weshalb er versuchte, mehr über die Hintergründe der fokalen Einheit zu erfahren. Doch auch der/die Patient/in selbst kann einen solchen unzureichenden Informationsgehalt in seinen/ihren Antworten erkennen, wie wir im dritten und letzten Beispiel gesehen haben. Die in diesem Kapitel aufgeführten Forschungen waren die wichtigsten und einschlägigsten Mittel, um abschließend die Arbeit in Verbindung mit der Arbeit des Arbeitskreises OPD bringen zu können.

13. OPD Relevanz der Ergebnisse

Wie bereits gleich eingangs beschrieben, bildet die Arbeit des Arbeitskreises OPD den Rahmen dieser Arbeit. Das Konzept des Arbeitskreises, „Zusammenhänge zwischen der Symptomatik des Patienten und den Störungen seiner emotional-kognitiven Entwicklung zu beschreiben“, war dabei von besonderer Wichtigkeit und der zentrale Aspekt der Arbeit mit den Reparaturen und verdrängten Erlebnissen (vgl. Kapitel 3.1). Wie auch das Ziel des Arbeitskreises OPD sollte es das Ziel dieser Arbeit sein, den Bedarf einer diagnostisch relevanten Ebene zu decken. In meiner Arbeit waren vor allem Achse III (Konflikt) und Achse IV (Struktur) von besonderer Bedeutung.

Wie sehr gut erkannt werden konnte, handelt es sich bei den in den Beispielen aufgezeigten Schwierigkeiten um psychodynamische und somit innere, unbewusste Konflikte, d. h., dysfunktionale Konflikte; die Patient/innen haben eine eingeschränkte Fähigkeit zur Gefühls- und Konfliktwahrnehmung in den fokalen Einheiten gezeigt. Dies hat sich darin geäußert, dass P₁ beispielsweise nicht erörtern konnte, was genau mit ihr und in ihrem Leben zum Zeitpunkt der fokalen Einheit geschehen ist. Bei P₂ wurde dies am deutlichsten, als er im zweiten Fallbeispiel zwar benennen kann, in welchen Zeiträumen etwas mit ihm passiert, jedoch weder den Grund, noch den Auslöser dafür nennen kann.

Auf der Strukturebene kann sehr ähnlich argumentiert werden wie auf der Konfliktebene. Durch das interaktionelle Handeln in psychodiagnostischen Gesprächen und anhand von Erzählungen der Patient/innen können evtl. strukturelle Störungen und Insuffizienzen psychischer Strukturen aufgezeigt werden. Diese Strukturen wurden, wie bereits ausführlich beschrieben, sehr deutlich seitens des Therapeuten interaktiv in der Kommunikation herausgearbeitet. Des Weiteren fallen unter die strukturelle Ebene die Reflektionsschwierigkeiten, die der/die Patient/in durch die syntaktischen und semantischen Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der fokalen Einheit gezeigt haben.

Besonders im letzten Beispiel konnte erkannt werden, dass manchmal trotz professioneller Ausbildung und Forschungskenntnis die Bemühungen von Therapeut/innen allein nicht unbedingt ausreichen, um Zusammenhänge zwischen dysfunktionalen Konflikten und strukturellen Schwierigkeiten zu erkennen und jene mit in die therapeutische Entwicklung einzubeziehen. Daher hat sich hier die CA als essentiell für Erkenntnisse unterstützend zu jenen des Therapeuten erwiesen. Das gemeinsame Ergebnis aller drei Fallbeispiele waren die in der

hier vorgenommenen Analyse erarbeiteten Ereignisse in der jeweiligen Vita der/des Patient/in, die sich als evtl. relevant für den Krankheitsverlauf erwiesen haben.

Erkenntnisse wie in dieser Arbeit könnten für psychodiagnostische Sitzungen unterstützend herangezogen werden. Für den Fall dieser Arbeit könnte folgende Schlussfolgerung formuliert werden: Es liegen Anzeichen für problematische, unterdrückte oder emotionale Belastungssituationen vor, wenn Patient/innen

- a. eine Antwort selbstgewählt oder abweichend von der zu erwartenden Antwort als relevant markieren,
- b. sie in dieser Antwort durch Reparaturen strukturelle Schwierigkeiten beim Erfassen eines gewissen Lebensabschnitts zeigen und sie
- c. darüber hinaus durch Formulierungsschwierigkeiten zeigen, dass sich eine emotionale Belastung in dieser Antwort verbirgt.

Solche hypothetischen Überlegungen könnten einerseits bereits während der Sitzung zur Verfügung gestellt werden. Andererseits handelt es sich bei einem Therapeuten-Patienten-Verhältnis meist um ein langandauerndes, das sich in jeder Sitzung basierend auf der vorangegangenen in Richtung der darauffolgenden entwickelt. Dementsprechend könnten solche Hypothesen auch zwischen Sitzungen zu Rate gezogen werden und als Hilfestellungen für Therapeut/innen und Forscher/innen im Bereich der Psychodiagnose dienen.

Rückblickend wurden alle hier zu Beginn gestellten Forschungsfragen abgearbeitet:

- Was ging der Reparatur voraus und wie wurde auf sie reagiert?
- Von wem werden im Verlauf des Gesprächs die Reparaturen wieder aufgegriffen?
- An welchen Stellen/in welchem Kontext ist die Wiederaufnahme eingebettet?
- Inwiefern lenken Reparaturen den Konversationsverlauf?
- Wie gestalten sich solche Reparaturen?

Lediglich die folgende Frage konnte hier nicht geklärt werden, die in der Analyse dieser Arbeit zur Beantwortung diesbezüglich keine Rückschlüsse gefunden werden konnten:

- Inwiefern unterscheiden sich die Angaben von Zeiträumen in therapeutischen Gesprächen/Erzählungen von den Angaben von Zeitpunkten (z. B. Datumsangaben) / Warum finden Reparaturen nur bei Zeiträumen statt?

Für evtl. zukünftige Forschungsbeiträge basierend auf diesem Thema könnte es außerdem noch von Interesse sein zu untersuchen, ob es noch andere Versprecher gibt, die einen ähnlichen Effekt auf den Verlauf der Therapie und auf die psychischen Gegebenheiten der Patient/innen haben wie jene der Zeitangaben. Wir können ausschließen, dass es sich mit allen Versprechern und Reparaturen so verhält, da jene häufig lediglich getätigt werden, um einen syntaktischen oder formellen Fehler auszubessern. Interessant könnten evtl. Versprecher sein, die entstehen, wenn Patient/innen über Familienverhältnisse oder generell über Beziehungen zu anderen Personen spricht, da jene auch häufig, wie Lebensabschnitte, emotional belastet sind, sowohl negativ, als auch positiv.

Transkriptionskonventionen

Wie bereits in Kapitel 2 beschrieben wurde, basieren die Transkriptionskonventionen von FOLKER auf jenen von GAT 2. Die wichtigsten sollen zur besseren Übersicht kurz hier aufgelistet werden. Eine detailliertere Beschreibung kann in der Arbeit von Selting et al. (2009) gefunden werden.

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

[] Überlappungen und Simultansprechen
 = schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Sprecherbeiträge oder Segmente (*latching*)

Ein- und Ausatmen

°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

Pausen

(.) Mikropause, geschätzt, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
 (0.5) gemessene Pausen von ca. 0.5 bzw. 2.0 Sek. Dauer
 (2.0) (Angabe mit einer Stelle hinter dem Punkt)

Sonstige segmentale Konventionen

und_äh Verschleifungen innerhalb von Einheiten
 äh öh äm Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"
 : Dehnung, Längung, um ca. 0.2-0.5 Sek.
 :: Dehnung, Längung, um ca. 0.5-0.8 Sek.
 ::: Dehnung, Längung, um ca. 0.8-1.0 Sek.

Lachen und Weinen

haha hehe hihi silbisches Lachen
 ((lacht))((weint)) Beschreibung des Lachens
 <<lachend> > Lachpartikeln in der Rede, mit Reichweite

Rezeptionssignale

hm ja nein nee einsilbige Signale
 hm_hm ja_a zweisilbige Signale
 nei_ein nee_e
 ?hm?hm, mit Glottalverschlüssen, meistens verneinend

Sonstige Konventionen

((hustet)) para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse

REPARATUREN IN PSYCHODIAGNOSTISCHEN GESPRÄCHEN

<<hustend> >	sprachbegleitende para- und außersprachliche
<<erstaunt> >	interpretierende Kommentare mit Reichweite
Handlungen und Ereignisse mit Reichweite	
(solche)	vermuteter Wortlaut
(also/alo)	mögliche Alternativen
((unverständlich, ca. 3 Sek))	unverständliche Passage mit Angabe der Dauer
Akzentuierung	
akZENT	Fokusakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
Tonhöhenbewegung am Ende von Intonationsphrasen	
?	hoch steigend
,	mittel steigend
–	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Literaturverzeichnis

- Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik, Hrsg. *Operationalisierte psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manual*. 4., Korrigierte Aufl. Bern: Huber, 2004.
- Busch, A. & Spranz-Fogasy, T., Hrsg. *Handbuch Sprache in Der Medizin*. Handbücher Sprachwissen, Band 11. Berlin, Boston: De Gruyter, 2015.
- Clark, S. & Rendle-Short, J. “Accomplishing a Continuing Relationship in Psychotherapy: Updates and the Role of Time References.” *Australian Journal of Linguistics* 36, no. 2 (April 2, 2016): 239–56. doi:10.1080/07268602.2015.1121533.
- de Saussure, F. *Cours de Linguistique Générale*. Edited by Charles Bailly and Albert Séchehaye. Paris: Payot & Rivages, 1967.
- Deppermann, A. *Gespräche analysieren Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2008. doi:10.1007/978-3-531-91973-7.
- Egbert, M. *Der Reparatur-Mechanismus in deutschen Gesprächen*. Mannheim: Verl. für Gesprächsforschung, 2009.
- Freud, S. *Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum*. Vier. Wien: S. Karger, 1912.
- Goffman, E. “The Interaction Order: American Sociological Association, 1982 Presidential Address,” *American Sociological Review*, 48, no. 1 (February 1983): 1–17.
- Kitzinger, C. “Repair.” In *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2013: 229–56.
- Konerding, K.-P. “Heilung durch Sprache und Sprechen. Linguistik und Psychotherapie.” In *Handbuch Sprache in der Medizin*, edited by Albert Busch and Thomas Spranz-Fogasy. Berlin, Boston: De Gruyter, 2015: 225–43.
- Lerner, G. H. “On the Place of Linguistic Resources in the Organization of Talk-in-Interaction: Grammar as Action in Prompting a Speaker to Elaborate.” *Research on Language & Social Interaction* 37, no. 2 (April 2004): 151–84. doi:10.1207/s15327973rlsi3702_3.
- Muntigl, P. & Bänninger-Huber, E. “Affiliation in der psychotherapeutischen Interaktion: Die Untersuchung der therapeutischen Beziehung aus der Perspektive der Konversationsanalyse/KA.” In *Prozesse der Emotionsregulierung in psychoanalytischen Langzeittherapien*, edited by Eva Bänninger-Huber and Sabine Monsberger. Innsbruck: Innsbruck University Press, 2016: 135–50.
- Muntigl, P. & Hadic Zabala, L. “Expandable Responses: How Clients Get Prompted to Say More During Psychotherapy.” *Research on Language & Social Interaction* 41, no. 2 (May 9, 2008): 187–226. doi:10.1080/08351810802028738.

- Ogden, T. H. "The Analytic Third: Working with Intersubjective Clinical Facts," In *International Journal of Psycho-Analysis*, 75 (1994): 3–19.
- Peräkylä, A. "Conversation Analysis and Psychoanalysis: Interpretation, Affect, and Intersubjectivity." In *Conversation Analysis and Psychotherapy*, edited by Anssi Peräkylä, Charles Antaki, Sanna Vehviläinen, and Ivan Leudar. Cambridge: Cambridge University Press, 2008: 100–119.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. "Analysing Psychotherapy in Practice." In *Conversation Analysis and Psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008: 5–25.
- Pittenger, R. E. "The First Five Minutes & Its Significance in Mental Health." *Journal of Communication* 13, no. 3 (September 1963): 140–45. doi:10.1111/j.1460-2466.1963.tb02097.x.
- Potter, J. & Edwards, D. "Conversation Analysis and Psychotherapy." In *The Handbook of Conversation Analysis*, edited by Jack Sidnell and Tanya Stivers. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2013: 701–25.
- Sacks, H. & Jefferson, G. *Lectures on Conversation: Volumes I & II*. 1. publ. in one paperback volume 1995, [Nachdr.]. Oxford: Blackwell, 1995.
- Sator, M. *Zum Umgang mit Relevanzmarkierungen im ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräch. Eine konversationsanalytische Fallstudie eines Erstgesprächs auf der onkologischen Ambulanz*. Wien, 2003.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G. & Sacks, H. "The Preference for Self-Correction in the Organization of Repair in Conversation." *Language* 53, no. 2 (June 1977): 361. doi:10.2307/413107.
- Selting, Margret et al.: „Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT2).“ In *Gesprächsforschung. Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 10, 2009: S. 353-402.
- Sidnell, J. *Conversation Analysis: An Introduction*. *Language in Society* 37. Chichester, UK ; Malden, MA: Wiley-Blackwell, 2010.
- Sidnell, J. & Stivers, T., Hrsg. *The Handbook of Conversation Analysis*. Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell, 2013.
- Stern, D. N. *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. Norton Series on Interpersonal Neurobiology. New York: W.W. Norton, 2004.
- Voutilainen, L. & Peräkylä, A. "Therapeutic Conversation." In *Handbook of Pragmatics*, edited by Jan-Ola Östman and Jef Verschueren. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, 2014.
- Weiste, E. *Relational Work in Therapeutic Interaction: A Comparative Conversation Analytic Study on Psychoanalysis, Cognitive Psychotherapy and Resource-Centred Counselling*. University of Helsinki: ResearchGate, 2015.

Weiste, E. & Peräkylä, A. “Prosody and Empathic Communication in Psychotherapy Interaction.” *Psychotherapy Research* 24, no. 6 (November 2, 2014): 687–701. doi:10.1080/10503307.2013.879619.

Weiste, E. & Peräkylä, A. “A Comparative Conversation Analytic Study of Formulations in Psychoanalysis and Cognitive Psychotherapy.” In *Research on Language & Social Interaction* 46, no. 4 (October 2013): 299–321. doi:10.1080/08351813.2013.839093.