
Angst – Von der Phänomenologie zur Interaktion¹

Maria Egbert und Jörg Bergmann

Jörg Bergmann ist seit 2001 Professor für Empirische Sozialforschung mit dem Schwerpunkt Qualitative Methoden an der Universität Bielefeld. Seine Arbeitsschwerpunkte umfassen die Bereiche Methoden der qualitativen Sozialforschung, insbesondere Konversationsanalyse und Ethnographie, Ethnomethodologie, Sprach-, Wissens- und Kulturosoziologie, Analyse von sozialer Interaktion in informellen und institutionellen Kontexten sowie Kommunikation in hochtechnisierten Arbeitsfeldern.

PD Maria Egbert ist Konversationsanalytikerin. Sie erforscht, wie Menschen in sozialer Beziehung Sprache und nonverbale Mittel einsetzen, um ihre Beziehung zu gestalten. Die Schwerpunkte ihrer Forschungen sind Gesprächsstörungen (›Reparaturen‹), Grupprozesse, Bedeutungskonstitution und Interkulturalität. Maria Egbert hat an der University of California Los Angeles im Fach Applied Linguistics promoviert. Sie hat an der University of Texas at Austin und an der Universität Jyväskylä in Finnland gelehrt.

Abstract

Anxiety: From Phenomenology to Interaction

With the surge of cognitive and neurological sciences, research into anxiety has gained ›objective‹ parameters while the patient's subjective perspective has been neglected and sometimes even been lost entirely. At the interface of objective scientific analysis and subjective experiences of anxiety, the project Communicative and Clinical Representation of Anxiety examines the communicative construction of anxiety — or German Angst. This paper presents the results of a close analysis of a dyadic therapy session of a patient with high scores for social anxiety. The patient's subjective theory of his condition, the linguistic and nonverbal representation of a panic episode and his conduct in the interaction with the therapist correspond and coagulate to a coherent interactionally achieved presentation and representation of this individual's anxiety. Phenomenologically, this description and enactment of anxiety is characterized by paradoxes. While the patient needs others to overcome his fundamental sense of being alone and helplessness, he wants to be free of social commitments which he describes as overbearing. In his narrative of a panic episode and in his interaction with the therapist, his self involvement nullifies others. The patient describes the tension and interdependency between autonomy and anxiety as a fundamental dimension in his understanding of self, others and social interaction. While the patient perceives of his anxiety and panic as an experience originating outside of himself, the analysis of his subjective theory of his situation and his own interactional conduct shows his own central contribution towards the condition from which he is suffering. This study within the combined research of the interdisciplinary group consisting of clinicians, psychiatrists, psycho-therapists, a brain researcher, and conversation analysts in linguistics and sociology has practical implications for understanding the concept of anxiety from the patient's perspective, for developing a basis for diagnosis and for gaining insights into the interactional process of therapeutic discourse.

¹ Die hier vorgestellten Ergebnisse beruhen zum Teil auf gemeinsamen Diskussionen der Forschungsgruppe und greifen Kritik und Anregungen einzelner Gruppenmitglieder auf. Im selben Heft sowie in den beiden vorangegangenen ZiF: *Mitteilungen* bieten weitere Berichte einen Überblick über unsere bisherige Arbeit. Das von uns verwendete Datenmaterial ist vollständig anonymisiert worden, bei allen Eigennamen von Patienten, Ärzten und Therapeuten handelt es sich um Pseudonyme. Wir danken Ulrich Streeck für die Bereitstellung der hier verwendeten Videodaten.

Die Bedeutung der Angst für die Gesellschaft und für den einzelnen Menschen ist unumstritten. Der Soziologe NIKLAS LUHMANN sieht Angst gar als fundamentale Dimension unserer heutigen Gesellschaft: »Wenn moderne Gesellschaften überhaupt ein *a priori* haben, so ist es die Angst«. Dieses spiegelt sich in der Zahl der Angsterkrankten wider. In Deutschland, so Schätzungen, sind zwei bis drei Millionen Menschen durch Angsterkrankungen betroffen, eine höhere Dunkelziffer wird angenommen. Doch was ist Angst? Obwohl dieses Gefühl in den Medien, in Alltagsgesprächen und in therapeutischen Sitzungen häufig benannt, beschrieben und dargestellt wird, ist das Phänomen, welches mit dem Wort Angst bezeichnet wird, sowohl definitorisch als auch diagnostisch schwer zu fassen. Je nach wissenschaftlicher Disziplin wird Angst als Gefühl perzipiert, welches eine physiologische Reaktion, ein innerpsychisches Erleben, eine kollektive gesellschaftliche Reaktion, eine kulturell-historisch geprägte Befindlichkeit oder ein fundamental menschliches Existential ist. Diese verschiedenartigen Konzeptionen werden von der Kooperationsgruppe um die bislang vernachlässigte interpersonelle Perspektive erweitert: in ihrem Fokus steht die Frage, wie Angsterlebnisse von den Betroffenen in der Interaktion mit Anderen (Psychotherapeuten, Mitpatienten etc.) zur Darstellung gebracht werden.

Unter dem Einfluss der aufstrebenden Neurophysiologie ist die Angstforschung in den vergangenen Jahren dazu übergegangen, in ihren Untersuchungen fast ausschließlich mit »objektiven Daten« zu arbeiten, also mit Daten, die über psychologische und psychiatrische Tests oder (hirn-)physiologische Messungen generiert werden. Diese Daten können zwar nicht das subjektive Angstempfinden erfassen, d. h., sie sind nicht in der Lage, Angst aus der Perspektive eines Angstpatienten abzubilden. Da sie jedoch das Ausmaß einer Angstreaktion auf unterschiedlichen Skalen festhalten bzw. in physiologischen Vorgängen (z. B. vermehrte Durchblutung eines Gehirnareals) dokumentieren, lösen sie Angst aus ihrer rein subjektiven Gegebenheitsweise, machen sie vergleichbar und damit einer exakten wissenschaftlichen Erforschung zugänglich. Für diesen wissenschaftlichen Fortschritt muss allerdings ein hoher Preis bezahlt werden: Alle diese Verfahren geben zur Bestimmung von Angstreaktionen bestimmte Kategorien, Deskriptoren oder Parameter vor, mit der Konsequenz, dass die Perspektive des Angstpatienten nur mehr schwach oder überhaupt nicht mehr zur Geltung kommt.

Mit ihrer Konzentration auf eine »objektive« Erfassung von Angstreaktionen unterscheidet sich die neuere Angstforschung grundsätzlich von früheren Ansätzen, die ganz darauf abzielten, die Struktur und Dynamik des »subjektiven« Angstempfindens zu entschlüsseln. Dies geschah zum einen in einem theologisch-philosophischen Rahmen (KIERKEGAARD, HEIDEGGER), in dem Angst als eine menschliche Grundbefindlichkeit bestimmt und in ihrer grund- und gegenstandslosen Erscheinungsweise von der konkreten, innerweltlichen Erfahrung von Furcht unterschieden wird. Zum andern haben sich im Anschluss an HEIDEGGER und unter dem Einfluss der Phänomenologie eine Reihe von Psychiatern, Psychologen und Philosophen der Aufgabe gewidmet, in deskriptiver Feinarbeit und auf höchst anschauliche Weise verschiedenartige Ausprägungen und Abschattierungen von Angstgefühlen zu differenzieren.³ Diese phänomenologischen Beschreibungen von existentialer Angst oder gegenstandsbezogener Furcht setzen die früheren phänomenologischen Forschungen zum Aufbau des menschlichen Bewusstseins im Bereich der Emotionen fort; sie bilden ein reichhaltiges Reservoir an nuancenreichen Formulierungen subjektiver Gefühlsweisen, die auch heute noch bei der Erforschung subjektiver Angsterfahrungen von großem Nutzen sein können. Allerdings folgen die Autoren weitgehend der phänomenologischen Konstitutionsanalyse und halten an der Überzeugung fest, in ihren Studien das Wesen von Gefühlen zu sezieren – wobei sie übersehen, welche Rolle ihre eigenen Beschreibungen dabei spielen. Eine derartige erkenntnisrealistische Position lässt sich heute methodologisch kaum mehr ernsthaft vertreten.

³ Siehe JASPERS (1973); RIEMANN (1959); TELLENBACH (1966); VON BAEYER / VON BAEYER-KATTE (1973)

Exakt im Spannungsfeld zwischen objektiver wissenschaftlicher Analyse und subjektiver Erfahrung von Angst hat die Kooperationsgruppe *Kommunikative Darstellung und klinische Repräsentation von Angst* ihre Fragestellung entwickelt. Sie befasst sich mit dem Angsterleben aus der Perspektive des Patienten oder der Patientin, tut dies allerdings in der Weise, dass sie sich auf die Frage konzentriert, mittels welcher Verfahren die Patienten selbst ihre Angsterlebnisse kommunikativ darstellen oder in Szene setzen. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, dass sich die subjektiven Erfahrungen und Sichtweisen der Patienten in den Darstellungsweisen von Angst niederschlagen und durch eine genaue ethnomethodologisch-sprachwissenschaftliche Analyse fraktionieren lassen. Anstelle von phänomenologischer Wesensschau und Bewusstseinsanalyse betreibt das Projekt also Interaktionsanalyse, ohne dabei auf die Anregungen der phänomenologischen Angstforschung zu verzichten. Das Projekt beansprucht zudem, auf der Grundlage objektiver Daten (Videoaufzeichnungen von Interviews und Therapiegesprächen mit Angstpatienten) und in Übereinstimmung mit wissenschaftlich anerkannten Kriterien zu operieren, ohne dabei von vornherein nur externe Beschreibungskategorien anzulegen. Eine solche systematische Eruiierung der subjektiven Darstellung von Angst ist nicht nur von grundlagentheoretischer und methodologischer Bedeutung, sondern kann sich auch als klinisch ertragreich erweisen.

Die Motivation zu diesem Projekt entstand aus den Erkenntnissen klinisch-linguistischer Studien, in denen festgestellt wurde, dass Anfallpatienten mit fokalen Epilepsien und pseudo-epileptischen (>dissoziativen<) Anfällen in der Beschreibung ihres Krankheitserlebens Angst unterschiedlich thematisieren und sprachlich-diskursiv ausdrücken. Weitere Differenzen liegen beispielsweise in der Darstellung der subjektiven Anfallssymptomatik, dem Detaillierungsgrad der Formulierungsarbeit und der Verwendung von Metaphern, metadiskursiven Kommentaren und Negationen.⁵ Die auf diese Weise endogen – aus den Darstellungen der Betroffenen selbst – gewonnenen Ergebnisse erweisen sich in komparativen Studien als valide, so dass sie nun zu differentialdiagnostischen Zwecken eingesetzt werden können.

Mit der Erforschung der kommunikativen Darstellung von Angst betritt die Forschergruppe grundlagenwissenschaftliches Neuland.⁶ Hierzu untersucht sie diagnostische Interviews und Therapiegespräche im Hinblick darauf, wie Patienten Angst durch sprachliche Mittel explizit beschreiben und implizit zum Ausdruck bringen. Von Bedeutung ist dabei auch die körperliche Darstellung (*embodied action* oder *enactment*).⁷ Darüber hinaus wird in die Analyse einbezogen, dass jede kommunikative Darstellung von Angst immer in einem interaktionellen Kontext stattfindet, welchen Patient und Therapeut gemeinsam gestalten und zur Beziehungsregulierung einsetzen.⁸ Das Zusammenwirken dieser drei Dimensionen – die Rolle der Angst in der subjektiven Krankheitstheorie, die kommunikative Darstellung der Angst und die Interaktionsregulierung zwischen Patient und Therapeut – wird im Folgenden an einer Fallstudie aufgezeigt. Diese Skizze dient dann als Bezugspunkt für eine abschließende theoretische Diskussion.

Das Therapiegespräch, auf das sich die folgende Analyse bezieht, liegt als Videoaufzeichnung vor und entstammt einem Korpus von Sitzungen mit Patienten, die sehr

⁵ BRÜNNER / GÜLICH (2002); GÜLICH / SCHÖNDIENST (1999), (2000); WOLF / SCHÖNDIENST / GÜLICH (2000); SCHÖNDIENST (2001), (2002); WOLF (2002); FURCHNER / GÜLICH (2001); GÜLICH / FURCHNER (2002); SURMANN (2002); SCHWABE (2004)

⁶ Bisher liegen nur CAPPS / OCHS 1997 vor, deren tiefgehende Fallstudie sowohl die Darstellungen einer Patientin als auch ihr Interaktionsverhalten analysiert.

⁷ Siehe hierzu beispielsweise die Arbeiten von J. STRECK / KNAPP (1992); GOODWIN / GOODWIN (2001).

⁸ Zur Relevanz der Konversationsanalyse in psychiatrischer Therapieinteraktion siehe U. STRECK (2004).

hohe soziale Angstwerte aufweisen. Die Analyse beruht auf der Verschriftlichung der Gesprächsdaten und relevanter nonverbaler Ausdrucksformen. Die Aufzeichnung des Herrn Boger entstand während dessen stationärer Behandlung. Herr Boger ist ca. 40 Jahre alt, verheiratet und hat zwei Kinder.

Die Paradoxie der Angst in der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten

Herr Boger beschreibt Ängste und Panik als einhergehend mit dem Erleben von innerer Schwäche, die er versucht, durch körperliche Stärke auszugleichen. Seine innere Schwäche beruht auf einem Gefühl des Alleinseins, Verlassenseins und der Hilflosigkeit, welches durch den Verlust wichtiger Bezugspersonen im Kindes- und Jugendalter entstand. Als er vier Jahre alt war, starb seine Mutter. Die Bedeutung dieses Todes beschreibt er an anderer Stelle in der Sitzung folgendermaßen: »alles das was wichtig war kann ich nicht mehr haben« [9:35]. Anderen verstorbenen Bezugspersonen gegenüber fühlt er sich verpflichtet, insbesondere seinem Großvater, dem er als Kind auf dem Todesbett versprochen hat, dessen Handwerksbetrieb weiterzuführen. Die Großmutter sah in ihrem Enkel den Ersatz für ein eigenes, früh verstorbenes Kind. Die Ansprüche seiner Bezugspersonen beschreibt Herr Boger als Ausnutzen und kontrastiert dieses mit seinem eigenen starken Wunsch nach Geborgenheit, wie am folgenden (leicht vereinfachten) Transkriptausschnitt nachzuvollziehen ist. Das Transkript dieser Interaktion hält den Wortlaut, die Art des Sprechens, Vokalisierungen und auffälliges Atmen sowie nonverbale Handlungen fest. Hierfür werden spezielle Notationen verwendet: »hh« steht für einatmen, »hh« für ausatmen. Erhöhte Lautstärke wird durch Großbuchstaben transkribiert, Betonung durch Unterstreichung. Unklar artikulierte sprachliche Fragmente sind in Klammern gesetzt. Oberhalb der Zeile, die den Wortlaut wiedergibt, werden nonverbale Handlungen in *kursiv* beschrieben. Die Zahl zu Beginn des Transkripts zeigt die verstrichene Zeit seit Beginn der Sitzung an.

[20:55]

Patient: und ich wollte einfach nur anjenommn werden

Geste >Wiegebewegung<

_____ | _____...

un, .hh ich wollte einfach nur n bisschen geborgenheit

und (bei) diesen ganzen ängsten

die ich (jetz) so hat(te) nech

*Zuckt mit
rechter Schulter*

— | —
| |

.hhh da bin ich da irgendwie reingerutscht HHHhhhh

Der Wunsch des Patienten nach Geborgenheit bleibt angesichts der erlebten Benutzung durch die Anderen für ihre eigenen Ziele unerfüllt. Herr Boger kennzeichnet seine Situation als den Verlust der eigenen Persönlichkeit, des Selbst, der eigenen Handlungsfähigkeit. In diesen Äußerungen sowie an anderen Stellen in der Therapiesitzung stellt Herr Boger seine Hilflosigkeit in den Vordergrund, insbesondere durch die Wahl der Passiv-Konstruktion »anjenommn werden«, die Wortwahl »geborgenheit« und die Metapher »reingerutscht«. Zusätzlich bezeichnet er den Prozess des Reinerutschens mit einem vorangestellten »irgendwie« als diffus. Auf der nonverbalen Ebene zeigt der Patient seine Einstellung oder *stance* zu dem verbal Beschriebenen, indem er es mit einem Schulterzucken als ausweglos

kommentiert. In einem anderen Ausschnitt des Therapiegesprächs verwendet er die Verallgemeinerung »alle« für seine Bezugspersonen und kontrastiert sie mit seiner eigenen Person als Kind. Mit diesem Kontrast unterstreicht er seine Hilflosigkeit gegenüber Erwachsenen. Artikulatorisch unklar ist die Tempusbestimmung im Fragment »die ich (jetz) so hat(te) nech«, so dass der Patient hier auf der Lautebene eine Verschmelzung von Vergangenheit und Gegenwart andeutet, die seiner inhaltlichen Darstellung an einer anderen Stelle entspricht, dass er noch immer an früher »klammert«.

Das Gefühl des Allein- und Verlassenseins, welches der Patient als die Ursache für seine Angst benennt, steht paradoxerweise in seiner Darstellung dem Wunsch gegenüber, allein zu sein und »ich« zu sein, damit er sich frei fühlen kann von Verpflichtungen und Versprechen anderen gegenüber, denn er will nicht versagen oder andere enttäuschen.⁹ Als Kind und Jugendlicher fühlte er sich den Ansprüchen seiner Großeltern nicht gewachsen. Diese Verpflichtung empfindet er noch immer. Hinzu kommt, dass er sich als Erwachsener den Ansprüchen seiner Vaterrolle nicht gewachsen sieht, wie der folgende Transkriptausschnitt exemplifiziert. Im Transkript zeigt ein Doppelpunkt eine Lautdehnung an, ein Abbruch ist durch »-« festgehalten. Interpunktionszeichen zeigen Intonation an: ein Komma gleichbleibende Intonation, ein Komma mit Fragezeichen leicht steigende Intonation und ein Punkt fallende Intonation. Das Gleichheitszeichen zeigt einen schnellen Anschluss oder eine Verschleifung.

[21:10]

Patient: .hh und dann wie ich: wie ich: dann verheiratet war,
 m- mein erster sohn geboren wurde=
 und ich denn auf einmal selbstständig sein musste,?

*P zeigt mit rechter Hand und
 ausgestrecktem Zeigefinger auf seine Stirn*
 —|—
 | |
 wo ich das dann bewusst wahrgenommen habe
 .HHHH tch ja und da bin ich ja krank geworden.=hhh
da is das dann ausjebrochen=

Auch in dieser Erzählpassage sind die linguistischen Mittel der Passivität auffällig. Die neue Familiensituation »verheiratet war, m- mein erster sohn geboren wurde« charakterisiert der Patient als etwas, auf das er reagieren »musste«, nämlich »auf einmal selbstständig sein«. In dieser Darstellung sind Heirat und Elternschaft keine Ereignisse, für die er sich entschieden hat und an denen er aktiv mitgewirkt hat. Vielmehr stellt er die Geburt des ersten Sohnes als etwas dar, was einen plötzlichen Wechsel zur Selbstständigkeit erforderte. Es ist in seiner Schilderung kein Prozess des Werdens, sondern ein Zustandswechsel mit veränderten Anforderungen. In diesen Veränderungen seines Lebens kommt er selbst grammatisch nicht als Planender oder Handelnder vor.

Interessant ist an genau dieser Stelle der Wechsel zur grammatischen Aktivform: »wo ich das dann bewusst wahrgenommen habe«. Die Veränderung von unbewusster zur bewussten Wahrnehmung wird außerdem eindrücklich durch den Fingerzeig auf seine Stirn untermalt. In dieser Situation handelt er jedoch nicht nach seiner Bewusstwerdung als selbstständige Person, sondern er wird krank. Zeitlich benennt er den Beginn seiner Krankheit mit dieser Bewusstwerdung »und da bin ich ja krank geworden«. In diesem Satz formuliert er

⁹ Zur Paradoxie der Angst als kollektives gesellschaftliches Phänomen siehe BERGMANN (2002).

sich selbst noch als Agens »ich«, welches den Beginn der Krankheit erfährt, jedoch nicht initiiert. Im nächsten Satz wählt der Patient als grammatisches Subjekt die Krankheit selbst: »da is das dann ausgebrochen«, so dass er selbst als Handelnder nicht mehr in Erscheinung tritt und die handelnde Kraft »das« diffus wird.

Extrahieren wir aus diesen Darstellungen die inhärente Logik des Patienten, so wird eine unlösbare Spannung deutlich. Einerseits strebt er nach Autonomie und Freiheit von Verpflichtungen, andererseits ist Alleinsein mit Angst verbunden. Eine Möglichkeit, die als erdrückend beschriebenen Verpflichtungen nicht erfüllen zu müssen, sieht der Patient in seinem körperlichen Zusammenbruch. Er reflektiert einen Unterschied in seiner kognitiven und seiner emotionalen Wahrnehmung. Verstandesmäßig ist ihm klar, dass seine Kindheit und Jugend vorbei sind, emotional jedoch »klammert« er sich noch immer daran. Die Krankheit bietet ihm eine Möglichkeit, Zuwendung zu bekommen und seine Bedürfnisse zu äußern, ohne Verpflichtungen nachkommen zu müssen.

[29:25]

Patient: ich denk mal
 dass das damit auch zusammenhängt
 dass man .hh zuwendung oder das was ich nich=
 oder das was ich vermisst habe
 bekommt man ja dann meistens
 wenn man krank is ne?

Therapeut: mhm

Patient: ne? da kümmert sich doch jemand um einen

Der Krankheitsgewinn für diesen Patienten scheint darin zu liegen, einen ethisch vertretbaren Grund zu haben, seine Verpflichtungen als Enkel und Vater nicht erfüllen zu müssen. In seiner Sicht ist Krankheit außerdem ein Zustand, in welchem er eigene Bedürfnisse nach Zuwendung äußern darf. In dieser subjektiven Krankheitstheorie des Patienten ist Angst also ein zentraler Bestandteil. Die Paradoxie liegt darin, dass Alleinsein mit Angst verbunden ist, während familiäre Bindungen als verpflichtend und erdrückend empfunden werden.

Entsprechungen in der kommunikativen Darstellung des Patienten und der Interaktionsregulierung mit dem Therapeuten

Eine weitere Paradoxie ist ersichtlich in der Darstellung der Anderen als eine erdrückende Verpflichtung einerseits und der vollständig fehlenden Erwähnung der Anderen in Situationen, in denen sie hilfreich sind. In der narrativen Rekonstruktion einer Panikepisode beschreibt der Patient eindrücklich seine körperlichen Symptome. Diese Panikattacke endet mit der Verabreichung von Valiumspritzen. In der gesamten Narration erwähnt Herr Boger keine anderen Menschen, es ist jedoch zu erschließen, dass jemand den Arzt gerufen haben muss oder Herrn Boger zum Arzt gebracht hat. Selbst der Arzt ist durch die Konstruktion »hab ich dann valiumspritzen gekricht« erzählerisch getilgt.

Die starke Involviertheit mit dem Selbst, einhergehend mit der Ausblendung der Anderen in der kommunikativen Darstellung findet ihre Entsprechung in der fehlenden Rezipientenorientierung im Hier-und-Jetzt der Interaktion mit dem Therapeuten. Diese Polarisierung zeigt sich sowohl sprachlich als auch nonverbal. In der Überleitung zur

Panikepisode verwendet Herr Boger zweimal die Modalpartikel »ja«, ein lexikalisches Mittel, welches auf gemeinsames Vorwissen verweist.¹⁰ Der Patient signalisiert so, dass die projizierte Narration dem Therapeuten bereits bekannt ist, offeriert sie aber dennoch. Während der Patient im Laufe der Erzählung seine Darstellung und sein Interaktionsverhalten intensiviert, ist im Verhalten des Therapeuten eine Minimierung seiner Beteiligung auffällig. Im Kontrast zu anderen Phasen in dieser Sitzung produziert der Therapeut während dieser Panikdarstellung weder Verbalisierungen noch Hörersignale. Seine Körperposition ist durch seltene und kaum wahrnehmbare Veränderungen gekennzeichnet, er beschränkt seinen interaktionellen Beitrag auf das Halten des Blickkontaktes. Darüber hinausgehende Handlungen platziert er allesamt an Stellen, an denen eine Beendigung der Narration sequentiell möglich ist. Der Höhepunkt der Geschichte ist ein Moment in der Interaktion, in welchem der Patient einen *peak of involvement*¹¹ erreicht, der komplementär zum *low of involvement* des Therapeuten verläuft. Der folgende Transkriptausschnitt verzeichnet alle Verhaltensweisen des Therapeuten während der Darstellung der Panikepisode. Diese sind mit einem Pfeil am linken Textrand markiert. Weitere Beobachtungen auf der mikroanalytischen Ebene sind an den entsprechenden Stellen im folgenden Transkript eingefügt, um das Lesen dieses längeren Datenausschnittes und eine gleichzeitige Rezeption der Interpretation zu ermöglichen. Stille im Gespräch wird in zehntel Sekunden im Transkript angegeben. Das Transkriptionszeichen »[« repräsentiert simultanes Sprechen. Runde Klammern ohne Text zeigen an, dass das Gesprochene unverständlich ist.

[21:20]

Patient: .HHHH tch ja und da bin ich ja krank geworden.=hhh

da is das dann ausjebrochen=

*P führt rechte Hand
auf Brustmitte*

—|—
|

=da hab ich ja dann: (0.7) quasi (noch)

P klopft mit Faust auf Brustmitte

—|—
|

das herz (weh)(ober)=(rippen) () war d-

*P führt rechte Hand rauf und runter, bricht ab
zeigt mit rechter Hand/Zeigefinger auf Bauch*

—|—
|

meine meine ganzen eingeweide

P bewegt Hand nach oben und unten

—|—...
|

das ging ho:ch und ru:nter da drin

das hab ich noch nie erle(he)bt

und das werd ich auch nie=h wieder habn wolln.=

-> *T nickt leicht*

—|—
|

¹⁰ WEYDT (1979); HELBIG (1988); ZIFONUN / HOFFMANN / STRECKER (1997)

¹¹ SELTING (1994); GOODWIN / GOODWIN (2001)

.hhh ich konnt nich mehr kucken,

Der Therapeut nickt an einem Punkt in der narrativen Darstellung, an der die Darbietung der Episode sequentiell beendet sein könnte.

hhh .hh das was alles: total wirr und (0.5) tz (0.2)

P führt beide Hände ausgestreckt in Stirnhöhe

—|—
|
tja da=hab=ich=also das war wirklich so: schlimm=
=war das dann=

P reibt linkes Auge mit linkem Mittelfinger

—|—
|
da hab ich dann nur noch gelegen

P schüttelt Kopf

—|—
|
und .hh der ganze körper hat verrückt gespielt ne,?

-> *T nickt leicht*

—|—
| |
(0.3) (0.2)

Der Therapeut produziert ein leichtes Nicken, welches als Reaktion auf das vorangegangene »ne?« des Patienten gewertet werden kann. Die interaktionelle Funktion des deutschen »ne?« besteht darin, eine ausgebliebene Reaktion einzufordern.¹² Diese erfolgt zwar, jedoch um 0.3 Sekunden verzögert.

P führt Hände von Stirnhöhe herunter und legt sie auf sein Knie ab

—|—
|
ja hab=ich=dann valiumspritzen gekricht
und alle so n mist

.HHHH und abends war das hhh (0.5)

.hh und dann hab ich viele jahre lank=

hab ich mich auch nich mehr auf den se(he)ssel gesetzt

wo mir das passiert is nech,?

Lächelstimme

—|—...
|
he he so ne vermei(he)dungsstrategie wa(ha)r das wohl oder was
.HHH tz also ich hab immer n schlechtes gew-
n schlechtes gefühl dabei

¹² JEFFERSON (1980); HARREN (2002)

wahr (Krankheitstheorie), blendet sie vollständig aus (Narration der Episode) oder marginalisiert sie interaktionell (im Gespräch mit dem Therapeuten).

Ähnliche Entsprechungen sind auch in Therapiesgesprächen mit anderen Patientinnen und Patienten augenscheinlich. So berichtet eine Patientin, sie fühle sich von Anderen nicht wahrgenommen. Im konkreten Interaktionsverhalten mit dem Therapeuten vermeidet sie auf der nonverbalen Ebene Blickkontakt und artikuliert auf der sprachlichen Ebene so ungenau, dass diese Verwischaktivitäten vom Gesprächspartner erhöhte Klärungsarbeit erfordern. Eine andere Patientin beschreibt, sie fühle sich allein und es falle ihr schwer, in Kontakt zu sein. Im Interaktionsverhalten mit dem Therapeuten zeigt sie selbst kaum Initiative und beschränkt sich hauptsächlich auf die Beantwortung von Fragen. Ein weiterer Patient schildert seine Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Desorientierung im sozialen Leben und verhält sich im Therapiesgespräch dergestalt, dass er es seinem Gegenüber überlässt, Lücken auszufüllen, Ambiguitäten klarzustellen und Widersprüche aufzulösen. Entsprechungen zwischen deskriptiv-semanticischer und pragmatischer Ebene finden sich im übrigen auch auf Seiten der Psychotherapeuten, so etwa, wenn ein Therapeut einen Sachverhalt mittels vorsichtiger Umschreibungen thematisiert und es zugleich »vorsichtig« vermeidet, dazu eine direkte Frage zu stellen.¹⁶

Schlussüberlegung

Was die hier nur skizzenhaft präsentierte Fallstudie deutlich machen kann, ist Folgendes: Ganz zweifellos leiden Patienten unter ihren Ängsten, und sie berichten in der therapeutischen Situation über ihre Gefühle und Erfahrungen. Dabei erscheinen ihnen diese Ängste zumeist als etwas Fremdes, Äußeres, das sich ihrer bemächtigt. Die Analyse der Gesprächsausschnitte hat nun aber gezeigt, dass Patienten durch ihre subjektive Wahrnehmung und ihr Interaktionsverhalten *selbst* einen zentralen Beitrag zur Erhaltung ihrer angst erfüllten Lebenssituation leisten. Patienten berichten nicht nur über ihre Ängste, sie bringen ihre Ängste auch in die therapeutische Situation mit und sind über ihre Wahrnehmungs- und Interaktionsmuster immer auch selbst an der (Re-)Produktion ihrer Ängste beteiligt. Dies ist für die Diagnose wie für die Therapie der Angst folgenreich: Erst wenn es gelingt, die perzeptiven und kommunikativen Reproduktionsmechanismen der Angst zu identifizieren, ergeben sich auch Möglichkeiten für eine langfristig erfolgreiche Behandlung.

Die Idee, dass Ängste und andere psychische Probleme sich lokal in der therapeutischen Situation manifestieren, ist bereits in dem psychoanalytischen Konzept der Übertragung formuliert worden. Was jedoch in der Psychoanalyse wie bei den phänomenologischen Studien zur Konstitution von Gefühlen ein Problem bildet, ist, dass beide methodisch vorrangig auf Introspektion und beruflich gebildete Intuition setzen. Beide Ansätze sind deshalb bis heute heftiger Kritik in der *scientific community* ausgesetzt. Tatsächlich ist der Bezug auf introspektiv gewonnene Einsichten von anderen nicht ohne weiteres überprüfbar und scheidet deshalb als Verfahren zur Gewinnung objektiver Erkenntnis aus. Doch an ihrer Stelle kann, und das sollte unsere Skizze deutlich machen, die genaue Dokumentation und Analyse interaktiver Vorgänge treten, mittels derer es möglich wird, die soziale Einbettung und Stabilisierung von Wahrnehmungs- und Gefühlsvorgängen auf intersubjektiv nachprüfbarer Weise zu untersuchen.

Literatur

- BAEYER, WALTER VON / BAEYER-KATTE, WANDA VON (1973): *Angst*, Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- BERGMANN, JÖRG R. (1992): Veiled Morality: Notes on Discretion in Psychiatry In: P. DREW / J. HERITAGE (eds.): *Talk at Work. Interactions in Institutional Settings*, Cambridge: Cambridge University Press, 137 – 162.

- BERGMANN, JÖRG R. (2002): Paradoxien der Angstkommunikation – Über Veralten und Modernität der Angst. In: M. E. ARDJOMANDI / A. BERGHAUS / W. KNAUSS (Hrsg.): *Der Andere in der Gruppe – Angst und Neugier (Jahrbuch für Gruppenanalyse und ihre Anwendungen Band 8)*, Heidelberg: Mattes Verlag, 1 – 13.
- BRÜNNER, GISELA / GÜLICH, ELISABETH (2002): Verfahren der Veranschaulichung in der Experten-Laien-Kommunikation, in: G. BRÜNNER / G. GÜLICH (Hrsg.): *Krankheit verstehen. Interdisziplinäre Beiträge zur Sprache in Krankheitsdarstellungen*, Bielefeld: Aisthesis, 17 – 93.
- CAPPS, LISA / OCHS, ELINOR (1997): *Constructing Panic: The Discourse of Agoraphobia*, Harvard: University Press.
- FURCHNER, INGRID / GÜLICH, ELISABETH (2001): L'expertise des patients dans l'élaboration d'un diagnostic médical. Analyse linguistique d'entretiens avec des patients souffrant de crises épileptiques ou non-épileptiques. In: L. GAJO / L. MONDADA (Hrsg.): *Communication en milieu hospitalier: de la relation de soins à l'expertise médicale*, Neuchâtel (Bulletin VALS-ASLA, 74), 83 – 107.
- GOFFMAN, ERVING (1974): *Frame Analysis. An Essay on the Organization of Experience*, Harvard: University Press.
- GOODWIN, MARJORIE H. / CHARLES GOODWIN (2001): Emotion With Situated Activity. In: A. DURANTI (ed.): *Linguistic Anthropology: A Reader*, Oxford: Blackwell, 239 – 257.
- GÜLICH, ELISABETH / FURCHNER, INGRID (2002): Die Beschreibung von Unbeschreibbarem. Eine konversationsanalytische Annäherung an Gespräche mit Anfallskranken. In: I. KEIM / W. SCHÜTTE (Hrsg.): *Soziale Welten und kommunikative Stile*, Tübingen: Narr, 161 – 186.
- GÜLICH, ELISABETH / SCHÖNDIENST, MARTIN (1999): „Das ist unheimlich schwer zu beschreiben“. Formulierungsmuster in Krankheitsbeschreibungen anfallskranker Patienten: differentialdiagnostische und therapeutische Aspekte. In: *Psychotherapie und Sozialwissenschaft. Zeitschrift für qualitative Forschung* 1, 199 – 227.
- GÜLICH, ELISABETH / SCHÖNDIENST, MARTIN / SUHRMANN, VOLKER (Hrsg.) (2002): Wie Anfälle zur Sprache kommen. Themenheft der Zeitschrift *Psychotherapie & Sozialwissenschaft* (4/02).
- HARREN, INGA (2002): Positionings of “ne?” (“right”) and Its Usage as Affiliatory Move in Tag Position. Paper presented at the *First International Conference on Conversation Analysis (ICCA)*, Copenhagen.
- HELBIG, GERHARD (1988): *Lexikon deutscher Partikeln*, Leipzig: Verl. Enzyklopädie.
- JASPERS, KARL (1973): *Allgemeine Psychopathologie*. 9. Aufl. Berlin: Springer.
- JEFFERSON, GAIL (1980): The Abominable *ne?* An Exploration of Post-response Pursuit of Response. In: P. SCHRÖDER / H. STEGER (eds.): *Dialogforschung*, Düsseldorf: Schwann, 53 – 88.
- KENDON, ADAM (1970): Movement Coordination in Social Interaction: Some Examples Described. In: *Acta Psychologica*, 32, 100 – 125.
- KENDON, ADAM (1990): *Conducting Interaction*, Cambridge: Cambridge University Press.
- LUHMANN, NIKLAS (1986): *Ökologische Kommunikation: Kann die moderne Gesellschaft sich auf ökologische Gefährdungen einstellen?* Opladen: Westdeutscher Verlag.
- RIEMANN, FRITZ (1959): *Grundformen der Angst und die Antinomien des Lebens*, München / Basel: Ernst Reinhard.
- SCHÖNDIENST, MARTIN (2001): Zur Differenzialdiagnose nächtlicher anfallsartiger Störungen: Apparative vs. kommunikative Möglichkeiten der Diagnostik. In: *Aktuelle Neurologie, Supplement* 1, 33 – 36.
- SCHÖNDIENST, MARTIN (2002): Von einer sprachtheoretischen Idee zu einer klinischen Methode, in: E. GÜLICH / M. SCHÖNDIENST / V. SURMANN (Hrsg.) 253 – 269.
- SCHWABE, MEIKE (2004): *Subjektives Anfallserleben und Krankheitsbearbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsien: der Beitrag der linguistischen Gesprächsanalyse.*

- Dissertation (noch zu verteidigen), Universität Bielefeld.
- SELTING, MARGRET (1994): *Emphatic Speech Style — With Special Focus on the Prosodic Signaling of Heightened Emotive Involvement in Conversation*. In: *Journal of Pragmatics* 22, 375 – 408.
- STREECK, JÜRGEN / MARK KNAPP (1992): *The Relationship between Visual and Verbal Features in Human Communication*. In: F. Poyatos (ed.): *Advances in Nonverbal Communication*. Amsterdam: Benjamins B.V., 3 – 24.
- STREECK, ULRICH (2004): *Auf den ersten Blick. Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*, Stuttgart: Klett-Cotta.
- SURMANN, VOLKER (2002): „wenn der anfall kommt“: Bildhafte Ausdrücke und metaphorische Konzepte im Sprechen anfallskranker Menschen, in: G. BRÜNNER / E. GÜLICH (Hrsg.), 95 – 120.
- TELLENBACH, HUBERT (1983): *Melancholie: Problemgeschichte, Endogenität, Typologie, Pathnese, Klinik*. 4, erweiterte Auflage, Berlin, Göttingen, Heidelberg.
- WEYDT, HARALD (Hrsg.) (1979): *Die Partikeln der deutschen Sprache*, Berlin u. a.: de Gruyter.
- WOLF, PETER (2002): *Epileptologie: Semantik sprachlicher Formen und klinische Semiologie*. In: E. GÜLICH / M. SCHÖNDIENST / V. SURMANN (Hrsg.), 311 – 317.
- WOLF, PETER / SCHÖNDIENST, MARTIN / GÜLICH, ELISABETH (2000): *Experiential Auras*, in: H. O. LÜDERS / S. NOACHTAR (Hrsg.): *Epileptic Seizures: Pathophysiology and Clinical Semiology*, New York u. a.: Churchill Livingstone, 336 – 348.
- ZIFONUN, GISELA / HOFFMANN, LUDGER / STRECKER, BODO (1997): *Grammatik der deutschen Sprache*, Berlin u.a.: de Gruyter.