

Claudio Scarvaglieri

›Nichts anderes als ein Austausch von Worten‹

Reihe Germanistische Linguistik



Herausgegeben von
Mechthild Habermann und Heiko Hausendorf

298

Claudio Scarvaglieri

›Nichts anderes als ein Austausch von Worten‹

Sprachliches Handeln in der Psychotherapie

DE GRUYTER

Reihe Germanistische Linguistik

Begründet und fortgeführt von Helmut Henne, Horst Sitta und Herbert Ernst Wiegand

ISBN 978-3-11-031885-2

e-ISBN 978-3-11-031903-3

ISSN 0344-6778

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

A CIP catalog record for this book has been applied for at the Library of Congress.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2013 Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, Berlin/Boston

Druck und Bindung: Hubert & Co. GmbH & Co. KG, Göttingen

☼ Gedruckt auf säurefreiem Papier

Printed in Germany

www.degruyter.com

Für Erika und Giuseppe

Inhalt

1	Einleitung — 1
1.1	Motivation und Zielsetzung — 1
1.2	Vorgehen — 4
1.3	Zur Auszeichnung von Begriffen — 5
2	Stand der Forschung — 7
2.1	Psychotherapie als Gespräch — 8
2.2	Psychotherapie als Diskursart — 12
2.3	Psychotherapie als Ensemble alltäglicher und therapeutischer Handlungen — 27
2.3.1	Erzählen — 28
2.3.2	„Formulierungen“ — 36
2.3.3	Fragen — 42
2.3.4	›Fokussierungen‹ — 44
2.3.5	›Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehalts‹ (›VEE‹) — 52
2.3.6	›Deuten‹ — 60
2.3.6.1	Handlungstheoretische Untersuchungen des ›Deutens‹ — 62
2.3.6.2	Konversationsanalytische Untersuchungen des ›Deutens‹ — 68
3	Theorie und Methode — 81
3.1	Wie lässt sich die Wirkung von Psychotherapie linguistisch erforschen? — 81
3.2	Die Funktionale Pragmatik — 89
3.2.1	Sprache als Handlung — 89
3.2.2	Bedeutung sprachlicher Mittel — 92
3.2.3	Einheiten sprachlichen Handelns — 95
3.2.4	Akte — 97
3.2.5	Sprache – Wissen – Wirklichkeit — 98
4	Die Institution Psychotherapie — 101
4.1	Psychotherapie und benachbarte Diskurse — 101
4.2	Psychotherapie handlungstheoretisch — 104
5	Untersuchungsgegenstand: ›Deuten‹ und ›VEE‹ — 111
5.1	Warum ›Deuten‹ und ›VEE‹? — 111
5.2	Bestimmung von ›Deuten‹ und ›VEE‹ — 115

6 Daten — 117

- 6.1 Datengrundlage — **117**
- 6.2 Datenaufbereitung — **119**

7 Die Handlungsstruktur des ›VEE‹ (›Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehalts‹) — 123

- 7.1 „Sie sehen sich selber sehr klein“ –
 „Interpretieren“ im ›VEE‹ — **125**
- 7.1.1 Wissensbearbeitung: Abstraktion und Synthese — **128**
- 7.1.2 „Reaktion“ — **132**
- 7.1.3 „Interpretieren“ — **133**
- 7.1.4 Zusammenfassung: Interpretierende Wissensbearbeitung
 im ›VEE‹ — **134**
- 7.2 „Na jetzt ist ja die Welt auch in Ordnung“ –
 „Benennen“ im ›VEE‹ — **135**
- 7.2.1 „Benennen“ — **138**
- 7.2.2 „Interpretieren“ — **142**
- 7.2.3 „Wiederaufgreifen“ — **145**
- 7.2.4 Zusammenfassung: „Benennen“, „Interpretieren“ und
 „Wiederaufgreifen“ im ›VEE‹ — **151**
- 7.3 „In übertragenem Sinne könnte man doch sagen“ –
 „Vorschlagen“ im ›VEE‹ — **152**
- 7.3.1 Fragen — **157**
- 7.3.2 „Vorschlagen“ und „Interpretieren“ — **159**
- 7.3.3 „Benennen“ und „Interpretieren“ — **162**
- 7.3.4 „Wiederaufgreifen“ und „Interpretieren“ — **164**
- 7.3.5 „Reaktion“ — **168**
- 7.3.6 Zusammenfassung: „Vorschlagendes Interpretieren“ — **169**
- 7.4 „Und Sie möchten s dadrauf net ankommen lassen“ –
 Handeln und Wissen im ›VEE‹ — **171**
- 7.4.1 „Vorschlagendes Interpretieren“ — **179**
- 7.4.2 „Interpretieren“ und „Benennen“ — **181**
- 7.4.3 „Wiederaufgreifen“ — **182**
- 7.4.4 Wissensbearbeitung — **183**
- 7.4.5 „Reaktion“ — **184**
- 7.5 Zusammenfassung: Formale und funktionale
 Charakteristika des ›VEE‹ — **184**

8 Die Handlungsstruktur des tiefenpsychologischen ›Deutens‹ — 191

- 8.1 Vorüberlegungen — 191
- 8.2 „des kann ja auch sehr hinderlich sein“ – Aufwerfen und Beantworten von Fragen — 195
 - 8.2.2 „Vorbereitung“ — 200
 - 8.2.2.1 Formale Charakteristika der „Vorbereitung“ — 202
 - 8.2.2.2 Funktion der „Vorbereitung“ — 204
 - 8.2.3 „Verbalisierung“ — 205
 - 8.2.3.1 Das ‚Rätselhafte‘ des ›Deutens‹ — 207
 - 8.2.3.2 Wissensentfaltung en détail — 212
 - 8.2.3.3 ›Deuten‹ und „Erläutern“ — 217
 - 8.2.3.4 Formale Charakteristika der „Verbalisierung“ — 218
 - 8.2.4 „Reaktion“ I — 222
 - 8.2.5 „Nachbearbeitung“ I — 224
 - 8.2.6 „Reaktion“ II — 228
 - 8.2.7 „Nachbearbeitung“ II — 229
 - 8.2.8 „Reaktion“ III — 232
 - 8.2.9 Zusammenfassung: Charakteristika des ›Deutens‹ — 234
- 8.3 „da scheint mir doch so der Hund begraben“ – Wissen und Handeln beim ›Deuten‹ — 239
 - 8.3.1 „Vorbereitung“ — 246
 - 8.3.2 „Verbalisierung“ I — 247
 - 8.3.3 „Reaktion“ I — 251
 - 8.3.4 „Verbalisierung“ II und „Reaktion“ II — 253
 - 8.3.5 „Verbalisierung“ III — 254
 - 8.3.6 „Reaktion“ III — 257
 - 8.3.7 Nachgeschichte — 260
- 8.4 Zusammenfassung: Formale und funktionale Charakteristika des ›Deutens‹ — 262

9 Synopse: Sprachliches Handeln in der Psychotherapie — 269

- 9.1 Heilendes „Verstehen“ durch ›Deuten‹ und ›VEE‹ — 270
- 9.2 Psychotherapie als hörerzentrierter Diskurs — 284
- 9.3 Perspektiven für die Therapieforschung — 290

Literaturverzeichnis — 297

Anhang — 321

A1 Transkripte — **321**

A2 Transkriptionskonventionen — **347**

A3 Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen — **348**

Index — 349

Danksagung

Mit diesem Band lege ich die überarbeitete und gekürzte Fassung meiner im November 2011 an der Universität Hamburg angenommenen Dissertation vor. Das Buch präsentiert die Ergebnisse langjähriger Arbeit, die von vielen Personen maßgeblich unterstützt und beeinflusst wurde. Dies gilt zuvorderst für den Erstbetreuer der Dissertation, Prof. Dr. Jochen Rehbein. Bei ihm konnte ich die Grundlagen linguistischen Arbeitens erlernen und anwenden – sein Analyseprinzip, „alles an den Daten“ zu entwickeln, hat, neben vielen weiteren seiner Anregungen, diese Arbeit entscheidend geprägt. Ich danke Herrn Prof. Dr. Rehbein für seine Betreuung und Unterstützung von Herzen. Einen sehr großen Einfluss hatte auch die Zweitgutachterin Prof. Dr. Angelika Redder. Ich danke ihr herzlich für zahlreiche Ratschläge und Diskussionen, für ihre Unterstützung und Rücksicht als Betreuerin und Vorgesetzte und nicht zuletzt auch für den heilsamen Druck, der der Arbeit zum Abschluss verhalf.

Die Arbeit hat außerdem sehr von meiner Mitarbeit in dem Promotionskolleg „Psychotherapieprozessforschung“ an der Universität Hildesheim profitiert. Prof. Dr. Michael Buchholz und Prof. Dr. Stephan Wolff, die Leiter des Promotionskollegs, haben mir in diesem Rahmen ein vielfältiges Wissen über Psychotherapie und die Möglichkeiten ihrer Erforschung zugänglich gemacht, das diese Arbeit sehr befördert hat. Ich danke ihnen und den Teilnehmern des Kollegs herzlich.

Ein wichtiger Teil der Arbeit ist während meiner Zeit am Deutschen Seminar der Universität Zürich entstanden. Ich danke Prof. Dr. Heiko Hausendorf, Dr. Wolfgang Kesselheim, Hiloko Kato, Martina Breitholz sowie allen anderen Mitgliedern des Lehrstuhls für ihre vielfältige Unterstützung und für die sehr gute und produktive Arbeitsatmosphäre.

Großen Dank schulde ich Dr. Shinichi Kameyama, der mich immer wohlwollend begleitet hat und mir jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stand. Für Unterstützung und vielfältige Anregungen danke ich Prof. Dr. Christiane Hohenstein, Prof. Dr. Kristin Bührig, Prof. Dr. Bernhard Brehmer, Prof. Dr. Stephan Schlickau, Dr. Annette Herkenrath, Ruth Pappenhagen, meinen Kolleginnen und Kollegen an der Universität Hildesheim sowie den Teilnehmern der Promotionskolloquien Rehbein und Redder. Prof. Dr. Norbert Dittmar gilt mein Dank für die Möglichkeit, mit den von ihm erhobenen Daten arbeiten zu können.

Besonders profitiert hat diese Arbeit von der Zusammenarbeit mit Claudia Zech, die meine Texte unermüdlich gegengelesen und in zahllosen Diskussionen mit großen und kleinen Ideen befördert hat. An vielen Stellen haben mir ihre Vorschläge über den Berg geholfen. Ich danke ihr von Herzen.

Meiner Frau Sanita Grebere danke ich für ihre liebevolle und stete Begleitung durch die Höhen und Tiefen des Promotionsprozesses. Ohne sie, ihre Heiterkeit, Tatkraft und ihren Optimismus, hätte ich dieses Buch nicht schreiben können.

Daniela und Michael Herich gilt großer Dank für ihre ideelle Unterstützung und für den großzügigen Druckkostenzuschuss. Meinen Eltern danke ich für Rückendeckung jedweder Art. Ihnen ist dieses Buch gewidmet.

Den Herausgebern der Reihe Germanistische Linguistik danke ich für die Aufnahme der Arbeit. Zwei anonymen Gutachtern danke ich für ihre genaue Lektüre und für wertvolle Hinweise zur Überarbeitung des Manuskripts.

Hildesheim, Juli 2013

1 Einleitung

1.1 Motivation und Zielsetzung

Sprachliches Handeln in der Psychotherapie bezweckt die Heilung des Patienten¹. Im Unterschied zu anderen Institutionen der körperlichen oder psychischen Wiederherstellung wird dieser Zweck ausschließlich im Gespräch zwischen Therapeut und Patient realisiert. Psychotherapie heilt durch „nichts anderes als [...] ein[en] Austausch von Worten“ (Freud 1948a: 9). Am psychotherapeutischen Gespräch wird so die Bedeutung von Sprache sichtbar: Sprachliches Handeln in der Psychotherapie macht Kranke gesund und gibt Menschen, die im Extremfall ihre Existenz beenden wollten, den Lebenswillen zurück.²

Der Linguistik bietet der Gegenstand Psychotherapie also die Möglichkeit, Sprache am Werk zu sehen – einem Werk, das u. a. auf die Herstellung der Voraussetzungen menschlicher Existenz abzielt. Sprachliches Handeln demonstriert hier eine äußerst selten zu beobachtende Wirksamkeit und macht so neue Erkenntnisse über den Gesprächsprozess möglich. Der Einfluss, den der Sprecher (idealerweise der Therapeut) in der Psychotherapie auf die mentalen Strukturen des Hörers (des Patienten) ausübt, geht weiter und hat drastischere Auswirkungen als dies im Alltag oder in den meisten anderen Formen institutionellen sprachlichen Handelns der Fall ist. Dem psychotherapeutischen Sprechen und Hören kommt damit nicht nur eine besondere Bedeutung zu – das allein würde eine Untersuchung schon lohnenswert machen –, sondern mit dieser besonderen Bedeutung verbindet sich auch die Annahme von der Ausprägung sprachlicher Form-Funktions-Verhältnisse, wie sie in anderen Formen von Kommunikation nicht oder nur sehr selten zu beobachten sind. Es ist davon auszugehen, dass die Beschäftigung mit Psychotherapie neue linguistische Erkenntnisse über das Funktionieren von Sprache im Allgemeinen sowie darüber, wieso und wie genau „Heilen durch Sprache“ (Gutwinski 1981: 224) gelingt, erbringen kann.

Aus linguistischer Perspektive verspricht der Blick auf Sprache in der Psychotherapie also Erkenntnisse, die sich an einem anderen Gegenstand nicht

¹ Wenn sich Rollen- oder Funktionsbezeichnungen nicht auf eine konkrete Person beziehen, wird in dieser Arbeit zur besseren Lesbarkeit das generische Maskulin benutzt.

² Bei den im Folgenden untersuchten Daten tritt eben dieser Fall auf: Es handelt sich um Patientinnen und Patienten, die einen Suizidversuch unternommen haben und danach durch das Angebot von Kurzzeitpsychotherapie psychisch stabilisiert werden und die Gelegenheit bekommen sollen, ihr Leben neu zu ordnen.

machen lassen. Aus Sicht der Theorie der Psychotherapie kann die linguistische Analyse zu einer Neuperspektivierung des Gegenstands und damit zu therapeutisch relevanten Erkenntnissen beitragen. Da sich Psychotherapie hauptsächlich sprachlich realisiert, erscheint die Sprachwissenschaft – bzw. derjenige Teil von ihr, der sich für gesprochene Sprache interessiert – als diejenige Disziplin, die zur Erforschung und Optimierung therapeutischer Praxis prädestiniert ist (vgl. dazu bereits Sapir 1927). Sprachwissenschaftliche Untersuchungen können eingeschliffene, fachintern als selbstverständlich geltende Sicht- und Handlungsweisen von einer anderen Warte aus überprüfen und Anstoß zu einer kritischen Reflexion der therapeutischen Praxis geben. Indem die vorliegende Arbeit das sprachliche Handeln in der Therapie detailliert auf seine Wirkung hin untersucht, also die Frage nach der Verbindung von ‚Outcome‘ und Prozess von Therapie stellt, möchte sie zu einer solchen Reflexion der therapeutischen Praxis beitragen.

Die linguistische Untersuchung von Psychotherapie erscheint aber nicht nur für die untersuchende Disziplin und das untersuchte Feld, sondern auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive relevant. Psychische Erkrankungen verursachen immenses seelisches Leid und hohe materielle und immaterielle ‚Kosten‘ und werden aller Voraussicht nach an Bedeutung noch zunehmen. So kommt die WHO-Studie „Global Burden of Disease“ zu dem Ergebnis, dass die „Volkskrankheit Depression“ (Stoppe u. a. 2006; Titel) im Jahr 2020 die „zweitwichtigste bzw. schwerste Erkrankung weltweit“³ (Stoppe u. a. 2006: IV) sein wird. Bereits heute sind allein Depressionen nach den Herzerkrankungen für „die meisten durch Behinderungen beeinträchtigten Lebensjahre“ (ebd.) verantwortlich, bereits gegenwärtig liegt die Zwölf-Monate-Prävalenz, also die Wahrscheinlichkeit innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung zu erkranken, für in Deutschland lebende Erwachsene bei 31% (Baumeister & Härtter 2007: 37). Den psychischen Erkrankungen und der gesellschaftlichen Einrichtung ihrer Behandlung, der Psychotherapie, kommt also eine hohe und in Zukunft eher noch zunehmende Relevanz zu – die Erforschung von Psychotherapie erscheint damit auch aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive geboten.

Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zur qualitativen Erforschung des Therapieprozesses und seiner Wirkung leisten. Die Zusammenhänge zwischen der sprachlichen Oberfläche, von der die heilende Wirkung offensichtlich ausgeht, und den mentalen Prozessen, in denen sich diese Wirkung realisiert, sollen rekonstruiert werden, die Wirkung von Psychotherapie soll in ihrer Entwick-

³ Die zitierten Autoren unterscheiden zwischen Häufigkeit bzw. „Wichtigkeit“ und Auswirkungen bzw. „Schwere“ einer Erkrankung.

lung mikrostrukturell nachvollziehbar gemacht und aus einer handlungstheoretischen Makroperspektive konzeptuell erfasst werden. Letztes Ziel einer solchen Unternehmung muss eine Antwort auf die Frage, wie man mit Sprache eigentlich heilen kann, sein. Um sich dieser Antwort zu nähern, greift die Arbeit auf linguistisches Wissen über Form-Funktionszusammenhänge von Sprache zurück und wendet sie auf ein Korpus von Aufnahmen psychotherapeutischer Gespräche an. Im Einzelnen leiten folgende Fragen die Untersuchung an:

- *Wie wirkt Psychotherapie konkret, was geht interaktiv und mental vor, wenn Sprache heilt?*
- *Was trägt die einzelne Äußerung, der einzelne Ausdruck, das einzelne sprachliche Mittel zum Gesamt der Heilung bei?* Wie ergänzen sich Elemente sprachlichen Handelns unterschiedlicher Größenordnung so, dass eine Heilung möglich wird? Sind typische *Ausprägungen der sprachlichen Oberfläche* zu beobachten?
- Welche Rolle spielen *therapeutische Techniken* (verstanden als Ensembles sprachlicher Handlungen, die der Therapeut aufgrund seiner Ausbildung funktional einsetzen kann) für die Heilung? Wie lässt sich das sprachliche Handeln von Therapeut und Patient an den entscheidenden Stellen von Therapie konzipieren und strukturieren?
- Auf welche Weise *unterscheiden* sich zwei der bedeutendsten Formen *verbal orientierter Psychotherapie* (Tiefenpsychologische Psychotherapie und Gesprächspsychotherapie) im Einwirken auf die mentalen Strukturen des Patienten? Welche *Übereinstimmungen* finden sich zwischen den beiden Therapieformen? Welche Schlüsse lassen sich daraus für die Bedeutung allgemeiner Faktoren, die in jeder Psychotherapie gleich sind, im Unterschied zu therapieformspezifischen Faktoren, ziehen?
- In welchen kommunikativen und mentalen Prozessen *manifestiert sich die Heilung auf Seiten des Patienten*? Auf welche Weise wird sein Wissen so umstrukturiert, dass von Heilung gesprochen werden kann? Welche Erkenntnisse über die Umgestaltung mentaler Strukturen im Allgemeinen lassen sich daraus ableiten?
- Lassen sich aus diesen Erkenntnissen *theoretische* Schlüsse über den *Zusammenhang von Sprache und mentalen Prozessen* ziehen?
- Lassen sich schließlich auch Hinweise auf eine optimierte, weil sprachwissenschaftlich reflektierte, *psychotherapeutische Praxis* gewinnen?

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht also die Frage nach dem *Wirken von Psychotherapie*. Dieser Frage wird auch aus der Perspektive der Psychotherapie theorie ein hoher Stellenwert zugemessen, Buchholz u. a. (2008) bezeichnen die Frage „wie durch *Interaktion* mit einem anderen Menschen, dem Therapie-

ten, *Kognitionen* verändert werden“ (27, Hervorh. i. O.) als „die Kardinalfrage jeder Psychotherapie“ (ebd.). Linguistisch formuliert geht es darum, nachzuvollziehen, wie durch sprachliches Handeln des Therapeuten der mentale Bereich des Patienten umstrukturiert wird. Dass Therapie tatsächlich wirkt, ist in einer Vielzahl von Studien der traditionellen Outcome-orientierten Therapieforschung nachgewiesen worden. Smith u. a. (1980) kommen in einer Metastudie zu einem Wirkungsgrad von 80%, Asay & Lambert (2001: 42f.) sprechen von einer Erfolgsquote von 75%. Auch wenn andere Studien einen Erfolgsquotienten von 2/3 (s. Eckert 2000: 184ff sowie die dort angeführte Literatur) angeben, ist das Fazit der Literatur eindeutig: „Therapie ist effektiv. Behandelten KlientInnen geht es viel besser als den nicht behandelten“ (Asay & Lambert 2001: 42).

Man weiß also, *dass* Therapie wirkt, man weiß allerdings nicht, *wie*. Die Beantwortung der Frage nach diesem „Wie“ setzt einen Gegenstand voraus, in dem das heilende sprachliche Handeln in actu sichtbar wird. Die Analyse fokussiert deshalb diejenigen therapeutischen Handlungen, die der psychotherapeutischen Theorie zufolge als entscheidend für die Wirkung anzusehen sind. Dies ist für die tiefenpsychologische Therapie die ›Deutung‹ und für die Gesprächstherapie das ›Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehaltes‹. Durch die Konzentration auf diese beiden wesentlichen Handlungen nimmt die Arbeit eine methodische Reduktion der Komplexität des Gegenstands vor und vermeidet die unübersichtliche Datenflut, die der Versuch einer Mikroanalyse kompletter Therapieverläufe produzieren würde.⁴ Eine Kontextualisierung der Analyseergebnisse wird auf der Basis einer eingehenden Sichtung der linguistischen Literatur über Psychotherapie sowie einer handlungstheoretischen Konzipierung von Psychotherapie vorgenommen.

1.2 Vorgehen

Die Arbeit geht von einer kritischen Sichtung und Reflexion des Forschungsstands aus (Kap. 2). Dabei werden zum einen besonders solche Studien diskutiert, die Psychotherapie als gesellschaftliche Institution in den Blick nehmen (Kap. 2.2), zum anderen diejenigen, die sich mit der Frage nach dem Prozess, in dem Psychotherapie ihre Wirkung entfaltet, auseinandersetzen (Kap. 2.3). Die

⁴ Dieses Vorgehen wird ausführlicher in Kap. 5 begründet. Dort werden auch das zugrunde liegende Material und die Bestimmungen von ›Deutung‹ und ›VEE‹, die die Selektion aus diesem Material anleiten, genauer vorgestellt.

Diskussion der Literatur bereitet die Auseinandersetzung mit der Frage nach einem theoretischen Zugang vor, der für die Erforschung der Wirkung von Psychotherapie geeignet erscheint (Kap. 3.1). Argumentiert wird, dass die „Funktionale Pragmatik“ geeignete begriffliche und methodische Instrumente für die Bearbeitung dieser Frage bereitstellt. Daraufhin werden diese Instrumente kurz dargestellt (Kap. 3.2). Auf dieser Basis wird in Kapitel vier eine erste handlungstheoretische Annäherung an den Gegenstand vorgenommen. Dabei wird Psychotherapie zunächst formal und funktional von benachbarten institutionell basierten Diskursen abgegrenzt (Kap. 4.1) und in einem zweiten Schritt eine handlungstheoretische Konzeption von Psychotherapie und ihrer Ausgangssituation vorgelegt (Kap. 4.2).

In Kapitel fünf werden mit dem gesprächstherapeutischen ›Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehaltes‹ und dem tiefenpsychologischen ›Deuten‹ die beiden therapeutischen Techniken charakterisiert, die in der Arbeit detailliert untersucht werden. Diesen Untersuchungen zugrunde liegt ein Korpus von 70 Aufnahmen authentischer Therapiesitzungen, das in Kapitel sechs vorgestellt wird. Den Kern der Arbeit bilden die Mikroanalysen des ›Verbalisierens des emotionalen Erlebnisgehaltes‹ und des ›Deutens‹ in Kapitel sieben und acht. Während das ›Deuten‹ im Wesen als ein Aufwerfen und Beantworten von Fragen analysiert wird, erscheint das ›Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehaltes‹ als ein an der alltäglichen Handlung des „Deutens“ bzw. „Interpretierens“ orientiertes sprachliches Verfahren, das sich von der tiefenpsychologischen Handlungsform gleichwohl grundlegend unterscheidet. In Kapitel neun werden die Ergebnisse der Arbeit zusammenfassend diskutiert und reflektiert. Die Synopse von Literaturüberblick, theoretischer Verortung und Analyse der sprachlichen Wirklichkeit erweist die Bedeutung von „Deuten“ und „Verstehen“ für die Wirkung von Psychotherapie und macht Heilung durch Sprache handlungstheoretisch greifbar (Kap. 9.1). Darüber hinaus wird Psychotherapie als dezidiert „hörerzentrierter“ Diskurs erkennbar (Kap. 9.2). Abschließend werden die Ergebnisse der Arbeit in ihrer theoretischen und praktischen Relevanz sowie hinsichtlich möglicher Entwicklungslinien der Therapieforschung verortet (Kap. 9.3).

1.3 Zur Auszeichnung von Begriffen

Die Arbeit verwendet Bezeichnungen für sprachliche Handlungen in unterschiedlichen gedanklichen Zusammenhängen. Um dem Leser eine Einordnung der jeweiligen Verwendung zu ermöglichen, werden psychoanalytische oder psychotherapeutische Begriffe in einfache spitze Klammern gesetzt (z. B. „die

›Deutung‹ nach Freud“). Sprachliche Handlungen erscheinen in Anführungszeichen, wenn sie konzeptuell betrachtet werden (z. B. „das Handlungsmuster „Deuten““). Auch Handlungsmusterpositionen (z. B. „die „Verbalisierung“ der „Deutung““) werden mit Anführungszeichen kenntlich gemacht. Ohne Auszeichnung werden Bezeichnungen für sprachliche Handlungen angeführt, wenn sie im Sinne der Alltagssprache verwendet werden oder auf ein konkretes Datum im Transkript rekurrieren (z. B. „die erste Deutung in Beispiel B6“). Die uneigentliche Verwendung von Ausdrücken wird mit einfachen Anführungszeichen ausgezeichnet (z. B. „von einer ‚Deutung‘ wäre allenfalls zu sprechen“). Einfache Anführungszeichen werden auch verwendet, wenn Anführungszeichen in Zitaten wiedergegeben werden.

2 Stand der Forschung¹

Obwohl der Gegenstand „Psychotherapie“ in der jüngeren deutschsprachigen Linguistik wenig Beachtung findet, ist international auf eine durchaus beeindruckende Forschungsgeschichte zurückzublicken. Die folgende Auseinandersetzung mit diesen Arbeiten hat den Zweck, Grundlagen für die eigene Analyse zu gewinnen. Die Wirkungsweise sprachlich basierter Psychotherapie allerdings ist, wie der Überblick über die Forschungsgeschichte zeigen wird, bisher nicht dezidiert linguistisch untersucht worden – zur Fragestellung der vorliegenden Arbeit liegen also lediglich vereinzelte, unsystematisch gewonnene Erkenntnisse vor. Diese Erkenntnisse, mit besonderem Fokus auf das ›Deuten‹ und das ›Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehalts‹ (›VEE‹), kritisch zu sichten und für die anschließende Analyse aufzubereiten, ist die eine Aufgabe dieses Kapitels. Da außerdem die allgemeinen Charakteristika des therapeutischen Sprechens und Hörens das Geschehen zwischen Therapeut und Patient *global* prägen und somit Einfluss auf das ›Deuten‹ und das ›VEE‹ ausüben,² besteht die andere Aufgabe in der kritischen Rezeption der Forschung hinsichtlich solcher allgemeiner Charakteristika der „Diskursart verbal orientierte Psychotherapie“ (vgl. u. Kap. 4.2).

Es sind also v. a. zwei Fragen an die linguistische Literatur über Psychotherapie zu stellen:

1. Was weiß die Forschung über die Institution „Psychotherapie“ und den in ihr ablaufenden Diskurs?
2. Was weiß die Forschung über Form und Funktion einzelner heilender therapeutischer Handlungen, insbesondere über das ›Deuten‹ und das ›VEE‹?

Die Diskussion der Literatur folgt weitgehend der chronologischen Reihenfolge der Arbeiten, so dass auch Struktur und Verlauf der linguistischen Erforschung von Psychotherapie erkennbar werden. Dabei werden Arbeiten, die keine Antworten auf die obigen Fragen liefern, nur kurz referiert, auf Studien psychotherapeutischer Provenienz wird nur an einzelnen Stellen eingegangen (vgl. dazu aber Boothe 2001, Buchholz u. a. 2008: 70ff, U. Streeck 2008).

Betont wurde zunächst der Gesprächscharakter therapeutischen Sprechens, d. h., dass die ersten Arbeiten, eingerahmt von der ‚Entdeckung‘ der mündli-

¹ Für eine kondensierte Fassung dieses Kapitels s. Scarvaglieri 2011a.

² Die Diskussion wird zeigen, dass einige Forscher davon ausgehen, dass die strukturellen Eigenheiten des therapeutischen Diskurses nicht nur Einfluss auf ›Deuten‹ und ›VEE‹ haben, sondern diese Interventionen überhaupt erst ermöglichen (s. u. Kap. 2.2).

chen tatsächlich gesprochenen Sprache in der Linguistik, Psychotherapie weniger als Gegenstand *sui generis*, sondern als ein Beispiel für mündliche Sprachverwendung überhaupt diskutierten. Erst ab Mitte der 1970er Jahre wurde Psychotherapie an und für sich sprachwissenschaftlich thematisiert. Aus der dabei zunächst primären Beschäftigung mit den Merkmalen der Diskursart „Psychotherapie“ entwickelte sich schließlich die Frage nach spezifischen Handlungen und Verhaltensweisen von Therapeut und Patient. Die Darstellung des Forschungsstands folgt dieser von einer sich immer mehr verengenden Makroperspektive ausgehenden Bewegung der Diskussion: Psychotherapie kommt zunächst lediglich grob als Gespräch (Kap. 2.1), dann als eigene Diskursart (Kap. 2.2), schließlich als Konstituens spezifisch therapeutischer Handlungen in den Blick (Kap. 2.3).

Das Kapitel liefert also zum einen Erkenntnisse über den Gegenstand „Psychotherapie“, zum anderen über die Methoden und Theorien seiner linguistischen Erforschung. Diese beiden Aspekte werden im Anschluss (Kap. 3.1) für die Diskussion über einen geeigneten Ansatz zur Untersuchung der Wirksamkeit von Psychotherapie genutzt.

2.1 Psychotherapie als Gespräch

Die frühen Arbeiten zur Psychotherapie waren nicht nur diejenigen, die sich zuerst aus linguistischer Perspektive dem Gegenstand näherten, sondern leisteten auch im Hinblick auf Methodik und Theorie der Gesprächsforschung insgesamt Pionierarbeit. Da diese Arbeiten häufig zu den ersten gehörten, die sich überhaupt mit mündlicher Sprache beschäftigten, stand der Gesprächscharakter des Gegenstands im Vordergrund und nicht die Frage nach spezifischen Merkmalen des psychotherapeutischen Gesprächs.

So arbeiten Pittenger u. a. (1960) in ihrer Untersuchung „The First Five Minutes“ nicht nur Besonderheiten des ersten aufgezeichneten und transkribierten Therapiegesprächs heraus, sondern stellen zusammenfassend eine Reihe von Prinzipien von Gesprächen auf (z. B. „Immanent Reference“ (229ff), „Recurrence“ (234ff), „Adjustment“ (242ff)), die für diese Form der Kommunikation generell kennzeichnend seien. Wenn auch diese Prinzipien aus heutiger Perspektive nicht im Einzelnen überzeugen können (s. die Kritik von Sabine Streck 1989: 55), ist die Bedeutung dieser Arbeit doch darin zu sehen, dass hier zum ersten Mal Methoden zur wort- und lautgetreuen Transkription (gerade auch die „hems and haws, sighs, gasps, coughs and throat-clearings“ (Pittenger u. a. 1960: 8) sollten Teil des Transkripts sein) sowie zur äusserungsorientierten Beschreibung und Analyse eines Therapiegesprächs zur Anwendung kamen.

Eine weitere frühe Arbeit von Bedeutung ist die von Albert Scheflen in den 50er Jahren begonnene und 1973 veröffentlichte Untersuchung zur „Communicational Structure“ von Psychotherapie (Scheflen 1973). Scheflen untersucht basierend auf Videoaufnahmen eines therapeutischen Gesprächs vor allem die Bedeutung von körperlicher Position und Bewegung der Aktanten. Er erbrachte damit wichtige Erkenntnisse zur Koordination von Körper und Sprache (s. dazu auch Scheflen 1976) und nahm zum Teil Fragestellungen vorweg, die in der Gesprächsforschung Jahrzehnte später unter dem Stichwort der „Multimodalität“ (vgl. z. B. Mondada & Schmitt 2010) neu entdeckt werden mussten. Zur Spezifik des psychotherapeutischen Diskurses allerdings äußert sich Scheflen nicht und wurde daher in diesem Forschungsgebiet auch kaum rezipiert.

Einen ersten wesentlichen Beitrag zur linguistischen Erforschung psychotherapeutischer Gespräche liefert dagegen die viel zitierte Arbeit über den „Therapeutic Discourse“ von Labov & Fanshel (1977). Wie die bereits besprochenen Untersuchungen konzentriert sich allerdings auch diese auf nur einen Ausschnitt aus nur einem therapeutischen Gespräch. Labov & Fanshel nehmen die ersten fünfzehn Minuten der 25. Sitzung einer Therapie in den Blick und orientieren sich an vier Analyseebenen:

- der Ebene des ‚Textes‘, die die verbalen Elemente und Pausen des Gesprächs umfasst (40-42);
- der Ebene der „paralinguistic cues“, mit der Phänomene wie Lautstärke, Lachen, Atmen, Geschwindigkeit erfasst werden (42-49);
- der Ebene der „Expansion“ des Textes, in der die verbale und die paraspachliche Ebene verbunden, paraphrasiert und mit Elementen der Sprechsituation in Beziehung gesetzt werden (49-58) – hierdurch wird dem Gespräch zusätzlicher ‚Inhalt‘ abgewonnen, der zwar an der Oberfläche des sprachlichen Geschehens nicht ausgedrückt ist, nach Auffassung der Autoren jedoch implizit vorhanden ist (51f.);
- der Ebene der Interaktion, auf der die Handlungen der Sprecher identifiziert werden (58ff).

Die Verbindung der drei ersten sprachlichen Ebenen mit der Ebene der Interaktion wird für Labov & Fanshel durch die Sprechakttheorie gewährleistet. Mit ihrer Hilfe formulieren Labov & Fanshel Bedingungen für die vier von ihnen unterschiedenen Grundtypen des sprachlichen Handelns – Metakommunikation, Repräsentation, Bitte und Herausforderung (60-65) – und deklinieren sie anhand des sprachlichen Materials aus der Psychotherapie hinsichtlich sprechakttheoretischer Voraussetzungen und Konsequenzen durch (77-110). Auch hier liegt der Akzent der Untersuchung also auf der Frage nach allgemeinen Merk-

malen von Gesprächen und ihrer angemessenen Analyse, weniger auf den Eigenheiten therapeutischer Kommunikation.

Von größerer Bedeutung für die Untersuchung von Psychotherapie ist eine Unterscheidung, die die Autoren bezüglich des epistemischen Status von Äußerungen einführen. Sie unterscheiden Äußerungen über „A-Events“ (62), hinsichtlich derer der Sprecher über eigenes biografisches Wissen verfügt, von Äußerungen über „D-Events“ (ebd.), also andere Ereignisse, z. B. Erlebnisse einer anderen Person, über die der Sprecher nur eingeschränktes Wissen hat.

Damit wird an dieser Stelle ein wichtiger Aspekt der Erforschung psychotherapeutischer Gespräche angesprochen: die Unterscheidung von sprachlichen Prozessen auf der einen Seite und mentalen, kognitiven Prozessen auf der anderen Seite. Diese Unterscheidung – ihre Notwendigkeit, Angemessenheit, die Möglichkeit, sie analytisch durchzuhalten – wird in der Folge gerade in der Psychotherapieforschung, für die die Frage nach den psychischen Effekten sprachlichen Handelns ja auf der Hand liegt, immer wieder diskutiert (vgl. S. Streeck 1989; Wolff 1994a; Eisenmann 1995; Peräkylä 2008; Vehviläinen 2008) und spielt auch für die Diskussion (s. u. Kap. 3.1) über methodisch-theoretische Ansätze zur Erforschung der Wirkungsweise von Psychotherapie eine wesentliche Rolle.

Von dieser Unterscheidung abgesehen hat das Vorgehen von Labov & Fanshel in der Therapieforschung kaum Nachahmer gefunden. Dies ist u. a. auf die fragwürdige Methode der Expansion des Textes zurückzuführen – bei diesem Vorgehen entstehen zum Teil komplett neue, eigenständige Propositionen, die sich nicht nur auf die aktuell analysierte Transkriptstelle stützen, sondern immer wieder auch auf im Gespräch weit zurückliegende oder erst noch folgende Äußerungen. Damit greift man bei diesem Arbeitsschritt, der an sich der Präparation und Desambiguierung der Daten dienen soll, der Analyse und Interpretation der Daten voraus. Im Rahmen der Expansion werden Äußerungen so weit ausgedeutet, dass die anschließende Analyse die expandierten Textstellen nur noch auszuformulieren hat, die an sich separaten Schritte der Datenaufbereitung und Datenanalyse im Arbeitsschritt der Expansion zusammenfallen. Die Wirkungsgeschichte dieser Arbeit hat daher vor allem darin bestanden, die Aufmerksamkeit der Linguistik auf den Untersuchungsgegenstand Psychotherapie zu richten. Daneben hat sie späteren Untersuchungen aber auch Möglichkeiten der methodologischen Abgrenzung geboten (vgl. S. Streeck 1989: 58).

Insgesamt mag der Beitrag dieser frühen Arbeiten zu unserem Wissen über die Eigenheiten therapeutischen Sprechens und Hörens zunächst bescheiden anmuten. Dennoch sind es diese Arbeiten, die die Psychotherapie als Gegenstand der Gesprächsforschung etabliert haben und damit der Erkenntnis, dass Psychotherapie als Gespräch anzusehen und zu erforschen ist, zur Durchset-

zung verholten haben.³ Hinter diese Erkenntnis konnte im Anschluss nicht mehr zurückgegangen werden und auch für meine Arbeit bleibt das Verständnis von Psychotherapie als Gespräch bzw. Diskurs grundlegend.

Es werden damit grundlegende Annahmen über den zu untersuchenden Gegenstand gemacht, die in der räumlichen und zeitlichen Kopräsenz von Therapeut und Patient fundiert sind. Voraussetzung von Gesprächen bzw. Diskursen ist die gleichzeitige physische Anwesenheit der Beteiligten, die einen „(weitgehend) gemeinsamen Wahrnehmungsraum“ (Ehlich 1993: 28) konstituiert. Dieser gemeinsame Wahrnehmungsraum ermöglicht zum einen die für Diskurse kennzeichnende Sequenzierung sprachlicher Handlungen, die häufig einen Wechsel des Rederechts involviert. Im „face-to-face-Diskurs“ können Sprecher und Hörer also unmittelbar auf die Handlungen des Anderen reagieren und am gegenseitigen Verstehen, am Weiterkommen im Handlungsprozess, ohne Zeitverlust und vermittelndes technisches Medium arbeiten. Zum anderen kann im Diskurs auf den gemeinsamen Wahrnehmungsraum mit verbalen und nonverbalen Mitteln verwiesen werden, was kommunikative Ressourcen erschließt, die im Text-vermittelten sprachlichen Handeln nicht gegeben sind. So können „außersprachliche Objekte im Wahrnehmungsraum und in anderen Räumen deiktisch“ (Rehbein & Kameyama 2004: 570) fokussiert werden. Sprecher und Hörer nehmen einander im Redevollzug wahr und können auf dieser Grundlage ihr eigenes Verhalten dem des Gegenüber anpassen (Goffmann 1971, Ehlich 1984b: 16f., Ehlich 1989),⁴ indem z. B. „verständigungsgefährdete Passagen direkt bearbeitet werden“ (Ehlich 1994a: 22) und so „Verständlichkeit unmittelbar hergestellt werden kann“ (ebd.). Da im Diskurs Sprache außerdem in

3 In der klinischen Praxis dagegen droht diese aus linguistischer Perspektive mittlerweile banal anmutende Erkenntnis vom Gesprächscharakter der Psychotherapie unterdessen in Vergessenheit zu geraten. Durch den Trend zur ‚Manualisierung‘ von Behandlungen wird das Gespräch zwischen Krankem und Heilendem teilweise ersetzt durch die diagnose- und status-spezifische Applizierung standardisierter Textbausteine. Die Institution Psychotherapie wird damit zu einer Art trivialen Maschine, der Therapeut zum Maschinenführer, der das Material des Patienten nach den therapietheoretisch valenten Inputs filtert und ohne zusätzliche, eigenständige Reflexion den entsprechenden Output produziert. Indem die vorliegende Arbeit zu zeigen versucht, wie Therapie als Gespräch funktioniert, versteht sie sich u. a. als ein Beitrag zu dieser Debatte zwischen behavioristischen und i. w. S. hermeneutischen Ansätzen der Psychotherapieforschung (vgl. etwa Buchholz 2007, Gödde & Buchholz 2012).

4 Diese elementare Konstante von Diskursen wird in der Psychoanalyse zwar in der Regel aus methodischen Gründen durch Positionierung der Aktanten so modifiziert, dass der Patient den Analytiker nicht sehen kann. Bei den hier zu untersuchenden tiefenpsychologischen und gesprächstherapeutischen Therapien sitzen sich Therapeut und Patient aber gegenüber, teilen somit also auch den visuellen Wahrnehmungsraum.

der Regel spontan produziert wird, kommt es an der Oberfläche sprachlichen Handelns zu Reparaturen, Abbrüchen oder mentalen Fehlleistungen, die ebenfalls zum Gegenstand therapeutischen Handelns werden können („Freudsche Fehlleistung“, vgl. Flader 1995: 51ff).

Diese Gegebenheiten sind grundlegend für die therapeutische Wirkung sprachlichen Handelns in der Psychotherapie und mitverantwortlich dafür, dass Psychotherapie heilen kann, während das Lesen einer Abhandlung über psychische Krankheiten und ihre Kur nur in den seltensten Fällen hilft.

2.2 Psychotherapie als Diskursart

Die ‚pragmatische Wende‘ der Linguistik führt mit Verzögerung dazu, dass man sich von der alleinigen Beschäftigung mit Sprache als System ab- und dem sprachlichen Handeln als Teil gesellschaftlicher Realität zuwendet. Dabei kommen auch Institutionen wie die Psychotherapie in den Blick, die ihre Funktion der Steuerung und Kanalisierung von Prozessen sozialer Reproduktion wesentlich durch und mit Sprache realisieren. Aufnahmen von Therapiegesprächen werden nun nicht mehr nur als Beispiele für Mündlichkeit, sondern als Gegenstand *sui generis* interessant.⁵ Man beschäftigt sich mit den Eigenschaften des therapeutischen Diskurses und versucht, ihn von anderen Diskursen abzugrenzen.

⁵ Ein Teil der dabei entstehenden Arbeiten (Bernstein 1970b; Klann 1977, 1978, 1979) setzt sich lediglich theoretisch mit Psychoanalyse und Psychotherapie auseinander. Da diese Arbeiten die Praxis der Therapie nicht untersuchen, erscheint eine nähere Beschäftigung mit ihnen für die hier verfolgte Fragestellung wenig vielversprechend. Auch von Seiten der Psychoanalyse aus wird quasi zeitgleich der Versuch unternommen, linguistische Theorien für ein besseres Verständnis der eigenen Praxis nutzbar zu machen (Goeppert & Goeppert 1973, 1975, 1979, 1981; Lenga & Gutwinski 1979). Wenn dabei auch einige, allein auf den verbalen Gehalt beschränkte Verschriftlichungen von therapeutischen Gesprächen entstehen, bleibt der linguistische Beitrag dieser Arbeiten doch eher marginal. Die Fragestellungen (z. B. nach den Eigenschaften neurotischen Sprechens) werden von der Psychoanalyse vorgegeben, die ‚Linguistik‘ beschränkt sich v. a. auf das Auszählen formaler Oberflächenelemente (wie die Verwendung von Sprecher- vs. Hörerdeixis, Aktiv vs. Passiv oder die Besetzung der syntaktischen Subjekt- vs. Objektpositionen (Goeppert & Goeppert 1975); ähnliche Kritik üben Flader & Schröter 1982 sowie Flader 1982). Da sich Fragestellung, Methodik und Erkenntnisse trotz des verwendeten Begriffs der „linguistischen Analyse“ (Goeppert & Goeppert 1981: 7ff) dieser Arbeiten allein im psychoanalytischen Rahmen bewegen – in welchem sie auch Folgerichtigkeit und Relevanz besitzen –, erscheint eine detaillierte Auseinandersetzung mit diesen Publikationen an dieser Stelle wenig weiterführend.

Erste grundlegende Beobachtungen hat Roy Turner (1976) anhand von Transkripten aus der Gruppentherapie gemacht. Er beschäftigte sich aus ethnomethodologischer Sicht mit der Frage, wann ein psychotherapeutisches Gespräch eigentlich beginnt, genauer, woran sich der Unterschied zwischen dem ‚informellen‘ Vorgespräch zwischen Therapeut und Patient und dem ‚offiziellen‘ Therapieteil festmachen lässt. Turner untersucht die ersten Äußerungen mehrerer Sitzungen einer Gruppentherapie und kommt zu dem Ergebnis, dass das therapeutische Handeln durch das Auslassen der „zweiten Handlungen“, zu denen sie [die Therapeuten; C.S.] durch die von den Patienten angebotenen ‚ersten Handlungen‘ gedrängt werden“ (a. a. O.: 178) gekennzeichnet ist. Der Wechsel zur Therapie findet demnach dann statt, wenn der Therapeut nicht mehr so reagiert, wie im Alltag zu erwarten, sondern die sprachlichen und nichtsprachlichen Handlungen der Patienten als therapeutisch auszuwertende „Daten“ (a. a. O.: 186) behandelt. Therapeuten antworten dann etwa nicht mehr auf Fragen der Patienten, sondern stellen die Gegenfrage nach dem Grund der Frage bzw. den mit ihr verbundenen Gefühlen und machen auf diese Weise jede patientenseitige Handlung (und Unterlassung) zu einem Gegenstand therapeutischen Handelns.

Turner konnte mit dieser Beobachtung über das Aussteigen aus den Handlungsabläufen des Alltags und dem Umwerten der patientenseitigen Handlungen zu Daten der Therapie schon früh ein interaktives Phänomen herausarbeiten, das nach wie vor als ein wesentliches Kennzeichen von Psychotherapie angesehen wird. Die Handlungsstruktur ist verändert, gesellschaftliche „Handlungsmuster“ werden nicht so abgearbeitet, wie das im Alltag der Fall ist (vgl. u. S. 15ff). Turner fragt allerdings nicht nach der Verankerung der sog. ersten und zweiten Handlungen im Handlungsprozess, nach ihrer Zweckhaftigkeit und nach dem, was das therapeutische Handeln beim Patienten auslöst. Turner macht auf eine Besonderheit des interaktiven Geschehens aufmerksam, lässt – innerhalb des angewandten methodologischen Paradigmas durchaus folgerichtig – die mentale und therapeutische Funktion dieses Merkmals jedoch außer Acht.

Neben dieser frühen konversationsanalytisch-ethnomethodologischen Arbeit von Roy Turner waren es zunächst vor allem die Arbeiten von Ruth Wodak und Dieter Flader, die aus kritisch-diskursanalytischer bzw. funktional-pragmatischer⁶ Perspektive die Erforschung der Institution Psychotherapie vorantrieben.

⁶ Die genannten Ansätze der linguistischen Gesprächsforschung befanden sich zu dieser Zeit noch im Entstehen. Es handelt sich daher hier nur um eine grobe Verortung der fraglichen

Wodak widmete sich wie Turner der Untersuchung der Gruppentherapie und setzte sich insbesondere mit den Thesen Basil Bernsteins vom restringierten und elaborierten Code (Bernstein 1970a) auseinander. Bernstein kommt in einer ausschließlich theoretisch argumentierenden Studie (1970b) zu dem Schluss, dass »Mitglieder der Arbeiterschicht« (84) nicht von Psychotherapie profitieren könnten, weil sie nicht über »die für eine psychotherapeutische Beziehung notwendige Sensibilität und Kommunikationsform« (ebd.) verfügten. In einer detaillierten und materialreichen Untersuchung (Wodak 1981a; s. auch Wodak-Leodolter 1979, 1980; Wodak 1981b) konnte Wodak diese These widerlegen, indem sie an den Selbstdarstellungen der Patienten mit Hilfe quantitativer (Wodak 1981a: 191ff) und qualitativer (241ff) Methoden Veränderungen u. a. bezüglich „Gefühlsausdruck“ (241) (wenig vs. viel), „Sprecherperspektive“ (ebd.) (persönlich vs. unpersönlich) und Erzählstruktur (ausgebaut vs. fragmentarisch) diagnostizierte. Diese Veränderungen seien Ausdruck einer psychischen Weiterentwicklung, einer veränderten Einstellung sich selbst und den eigenen psychischen Prozessen gegenüber, die auch bei Unterschichtpatienten nach absolvierter Psychotherapie zu erkennen seien (Wodak-Leodolter 1979: 200). Die Effekte werden von Wodak als Erfolg der gruppentherapeutischen Behandlung gewertet, die dem Wesen von in Gruppen gleichaltriger Kinder aufwachsenden Unterschichtpatienten prinzipiell entgegenkomme (a. a. O.: 203). Mittelschichtkinder wüchsen dagegen eher im Kontakt mit einzelnen Autoritäten auf und könnten daher besser von der Einzeltherapie profitieren (a. a. O.: 189).

Schwierig an Wodaks Vorgehen scheint, dass die Kategorien der Untersuchungen nicht am Material entwickelt oder überprüft werden. Vielmehr werden vorgegebene Unterscheidungen auf die sprachlichen Daten appliziert und als sie bestimmende Faktoren gesetzt. Wodak folgt dabei Bernsteins Unterscheidung zwischen Unterschicht- und Mittelschichtpatienten, erweitert sie lediglich um die Komponente der Geschlechtszugehörigkeit. Die Zugehörigkeit zur einen oder anderen Kategorie wird nach soziographischen Gesichtspunkten, also quasi ‚von außen‘, auf die Therapieteilnehmer appliziert, unabhängig von ihrem tatsächlichen sprachlichen Verhalten. Das sprachliche Verhalten wird anschließend auf die jeweilige soziale Kategorie zurückgeführt, andere Aspekte, die in der konkreten Handlungskonstellation eine Rolle spielen könnten (Bedürfnisse, Wissen, Handlungsrouinen etc.), kommen als mögliche Erklärungen nicht in den Blick. Untersucht wird also nicht das einzelne therapeutische Ge-

Arbeiten, die inhaltliche und methodische Überschneidungen und Unschärfen zu Gunsten einer generellen Charakterisierung unberücksichtigt lässt.

spräch oder die Institution Psychotherapie, sondern Verhaltensmuster von Merkmalsträgern vorgegebener soziographischer Kategorien. Dementsprechend ist die Aussagekraft von Wodaks Studien hinsichtlich wesentlicher Merkmale der Institution Psychotherapie m. E. begrenzt.

Ebenfalls zu hinterfragen ist das Heranziehen des aus der Psychoanalyse importierten Konzepts der ›Abwehr‹ (Wodak 1981a: 153ff) als, neben den genannten soziographischen Kategorien, einzige weitere erklärende Variable. Bestimmte Äußerungen werden umstandslos als Ausdruck von ›Abwehr‹ charakterisiert und so in ihrer Bedeutung und psychischen Funktion voranalytisch festgelegt. Eine Untersuchung der sprachlichen Formen erübrigt sich damit, die Auseinandersetzung mit dem Material nach linguistischen Kriterien kann unterbleiben, weil Ursache und Bedeutung von Äußerungen bereits durch soziographische oder psychoanalytische Kategorien determiniert sind. Durch den Rückgriff auf psychoanalytische Konzepte zur Erklärung des sprachlichen Geschehens kommt es in der Psychotherapieforschung immer wieder zu einer Vermischung von Gegenstand und Methode (vgl. u. S. 30f., 49f., 76f., 83f.), die für die Beantwortung der Frage, was aus *linguistischer* Sicht das Spezifische des Gegenstands ausmacht, nicht förderlich erscheint.

Trotz dieser Kritikpunkte konnten Wodaks Arbeiten dazu beitragen, dass Bernsteins Befund über die apriorische Exklusion ganzer gesellschaftlicher Gruppen von dem sog. ‚Mittelschichtinstrument Psychotherapie‘ aus heutiger Sicht unhaltbar erscheint. Die Diskussion hat auch dazu geführt, dass durchaus vorhandene Ungleichgewichte hinsichtlich sozialer Zugehörigkeit und der Anwendung von Psychotherapie als Problem erkannt und thematisiert wurden (s. etwa Menne & Schröter 1980).

Das Forschungsprojekt „Diskursstrukturen der psychoanalytischen Therapie“ um Dieter Flader führte zwischen 1980 und 1984 zum Entstehen zahlreicher Arbeiten, die einen Grundstock linguistischen Wissens über Kommunikationsprozesse in der Psychoanalyse und der Psychotherapie erarbeiten konnten. Die folgende Diskussion greift dieses Wissen auf, auf eine Darstellung jedes einzelnen Titels wird verzichtet.

Das Projekt konnte auf der bereits referierten Arbeit Turners (1976), in der grundsätzliche Unterschiede im Handlungsablauf von alltäglicher und therapeutischer Kommunikation festgestellt worden waren (s. o.), sowie teilweise auf Überlegungen von Robin Tolmach Lakoff (1982) aufbauen. Die Besonderheiten des Therapiediskurses wurden insbesondere an folgenden Bereichen festgemacht:

- der psychischen bzw. mentalen Seite des Sprechens (Flader & Grodzicki 1982b);
- der Gesprächsbeteiligung durch den Therapeuten (Flader 1982);

- der Reziprozität im Gespräch (Flader 1979, Koerfer & Neumann 1982);
- der Kooperativität im Gespräch (Koerfer & Neumann 1982);
- der Frage der ‚Anonymität‘ der Beteiligten (Koerfer & Neumann 1982).

Flader & Grodzicki (1982a) betonen die „Asymmetrie“ (56) der „desozialisierten Kommunikationssituation“ (93) in der Psychoanalyse. Die von Turner festgestellten und von Flader & Grodzicki betonten Abweichungen vom Alltagsdiskurs kreieren für den Patienten eine neue, unbekannte Interaktionssituation, in der der Analytiker nicht nur über einen uneinholbaren Wissensvorsprung (a. a. O.: 56f.), sondern auch über interaktionale Hoheit verfügt. Während der Patient nach wie vor die standardmäßig erwarteten sog. „zweiten Handlungen“ (a. a. O.: 63) durchzuführen hat, ist der Analytiker von dieser Pflicht befreit. Flader & Grodzicki nehmen nun besonders die mentale Seite dieser veränderten Kommunikationssituation in den Blick und vergleichen sie strukturell mit der Kindheit des Patienten, in welcher dieser ähnlich unwissend und den Eltern handlungssystematisch unterlegen gewesen sei. Die strukturelle Übereinstimmung der psychoanalytischen Kommunikationssituation mit der der Kindheit fördere die psychischen Prozesse der ›Regression‹ – des kontrollierten und zeitlich beschränkten Rückgangs auf Phasen früherer psychischer Entwicklung – und ›Übertragung‹ – der Übertragung psychischer und interaktiver Deutungs- und Verhaltensmuster von den primären Liebesobjekten (Eltern, Lebenspartner) auf den Analytiker (Sandler u. a. 1991: 33ff). Da diese Prozesse wiederum wesentlich für die Heilung durch die psychoanalytische Therapie sind (Flader & Grodzicki 1982a: 93), ist die Spezifik der psychoanalytischen Kommunikationssituation den Autoren zu Folge ein wesentliches Element der therapeutischen Wirkung von Psychoanalyse.

Flader & Grodzicki gelingt es mit dieser Arbeit, eine Verbindung zwischen den konstatierten Besonderheiten psychoanalytischen Sprechens und dem Wirken von Psychoanalyse herzustellen. Sie bearbeiten damit eine Frage, die auch in der vorliegenden Arbeit im Vordergrund steht. Allerdings tun sie dies unter völligem Verzicht auf die Analyse konkreter sprachlicher Daten und beziehen sich bei ihren Ausführungen lediglich auf vermeintlich etabliertes Wissen über den psychoanalytischen Diskurs bzw. auf imaginierte Beispielaussagen. Aus der hier gewählten Perspektive, die das Wirken von Psychotherapie im Einzelnen anhand konkreter Äußerungen in der Therapie in den Blick bekommen will, muss ein solches Vorgehen zunächst einmal fragwürdig erscheinende Ergebnisse erbringen. Das sprachliche Handeln wird nicht konkret analysiert, so dass m. E. keine verallgemeinerbaren Aussagen über die Effekte sprachlichen Handelns getroffen werden können. Flader & Grodzickis Schlussfolgerungen, wonach die psychoanalytische Kommunikationssituation ›Regres-

sion« und »Übertragung« fördert und entscheidend zur Heilung beiträgt, sind damit nicht als feststehende Erkenntnisse, sondern eher als Hypothesen für anschließende empirische Untersuchungen anzusehen. Da es sich bei den mir vorliegenden Daten allerdings um Aufnahmen von Kurzzeitherapien handelt, in denen »Regression« und »Übertragung« als therapeutisch hinderlich gelten und begrenzt werden sollen (Leuzinger-Bohleber 1985, S. Streeck 1989), sind sie in der vorliegenden Arbeit nicht weiter zu verfolgen.

Flader (1979) stellt in einer weiteren Arbeit, in der er einen kurzen Ausschnitt authentischer therapeutischer Kommunikation analysiert, das Phänomen der „Nicht-Reziprozität“ (41) von Handlungsstrukturen und „Deutungsmustern“ (ebd.) von Patient und Therapeut in den Mittelpunkt. Diese Nicht-Reziprozität ermögliche es dem Analytiker, auf einen ihm vom Patienten zugewiesenen Handlungsslot nicht eindeutig, sondern „sequentiell ambigue [sic!]“⁷ (a. a. O.: 32) zu reagieren. Dadurch entstehe eine interaktive Offenheit, die Fortsetzung der Interaktion bleibe wesentlich dem Patienten überlassen. Gleichzeitig seien die Deutungsmuster, nach denen Therapeut und Patient das interaktive Geschehen verstehen und bewerten, notwendig voneinander unterschieden und nicht vollständig aneinander annäherbar. Flader zu Folge prägt der Umgang mit der strukturellen, nicht hintergehbaren *mental*en Nicht-Reziprozität, die sich in diesen unterschiedlichen Deutungsmustern realisiert und auf das Phänomen der »Abwehr« zurückzuführen ist, den psychoanalytischen Diskurs ebenso, wie dieser in der *Interaktion* von der von Turner zum ersten Mal beschriebenen Nicht-Reziprozität des *Handelns* bestimmt sei.

Auf diese Weise reduziert Flader das Geschehen in der Psychoanalyse auf die *strukturellen Gegebenheiten* und vernachlässigt m. E. das *konkrete sprachliche Handeln* von Therapeut und Patient. Es scheint, als entwickle sich die Wirksamkeit von Psychoanalyse und Psychotherapie nur aus dem gegebenen institutionellen Rahmen, unabhängig davon, was in diesem Rahmen jeweils konkret gesagt und getan wird. Letzten Endes wird auf diese Weise eine Art struktureller Automatismus postuliert, demzufolge jede psychoanalytische Behandlung grundsätzlich gleich verlief und gleich ende. Da dem nicht so ist – Psychoanalyse und Psychotherapie in etwa 25% der Fälle z. B. überhaupt nicht wirkt (s. Smith u. a. 1980, Asay & Lambert 2001, Lambert u. a. 200) – sind die einzelnen sprachlichen Handlungen ebenso in die Analyse zu integrieren, wie die institutionell etablierten, von Flader betonten Rahmenstrukturen des Diskurses.

7 Der Begriff der Sequenz wird von Flader hier im Sinne von Sacks (1992), also im Wesentlichen auf die sprachliche Oberfläche bezogen, benutzt.

Eine ähnliche Überbetonung der Diskursstruktur findet sich bei Schröter (1979), der die Frage verfolgt, inwieweit allein „die Verletzung von Regeln alltäglicher Kommunikation“ (184) in der Psychotherapie zur Heilung führt. Auch hier wird die einzelne Äußerung, ihr propositionaler Gehalt ebenso wie ihre konkret zu untersuchende illokutive Charakteristik, vernachlässigt zu Gunsten allgemeingültig gesetzter Gesprächsstrukturen. Eine solche Perspektive übersieht den konkreten Inhalt von Strukturen, übersieht die einzelne sprachliche Äußerung und ihre Auswirkungen. Makrostrukturen eines Diskurses prägen zwar auf der einen Seite einzelne sprachliche Handlungen, auf der anderen Seite realisieren sich aber strukturelle Gegebenheiten nur im konkreten Handeln. Dieses komplexe Verhältnis von Mikro- und Makrostruktur ist analytisch zu rekonstruieren, ein Apriori von ‚Diskursstrukturen‘ ist nicht anzunehmen.

Während ein Großteil der Diskussion über die strukturellen Eigenheiten des psychoanalytischen Diskurses die Passivität des Analytikers betont, die sich u. a. im Fehlen der zu erwartenden „Zweiten Handlungen“ äußert, zeigt Flader (1982), dass der Analytiker auf der einen Seite zwar besonders zurückhaltend, auf der anderen Seite aber besonders aktiv ist. Diese gesteigerte Aktivität bezieht sich auf alle „Interaktionen, die der Selbsterforschung des Patienten dienen“ (a. a. O.: 36). Während im Alltag vom Gesprächspartner beim Versuch der Selbsterforschung eher Schweigen oder Dethematisieren zu erwarten wäre, zeigt sich der Analytiker Flader zufolge an dieser Stelle besonders kooperativ und greift unterstützend in den Prozess der Selbsterforschung ein. Flader kann damit die gängige Perspektive auf den psychoanalytischen Diskurs zu einem gewissen Grad erweitern: es geht in der linguistischen Psychotherapieprozessforschung damit nicht mehr nur um das, was in der Psychotherapie *nicht* geschieht, sondern auch um das, was besonders häufig, besonders akzentuiert, geschieht.

Problematisch scheint allerdings, dass Flader – wie bei einigen der Arbeiten dieses Forschungsprojekts – diese Punkte ohne sprachliche Daten entwickelt, die gewonnenen Erkenntnisse für den Leser also nicht überprüfbar sind. Der Verdienst dieser Arbeit liegt daher eher im Aufwerfen einer neuen Perspektive auf Diskurseigenschaften der Psychoanalyse – wonach das aktive Handeln des Analytikers interessiert und nicht nur das Unterlassen erwartbarer Handlungen – als in etwaigen durch diese Neu-Perspektivierung gewonnenen Erkenntnissen.

Eine zentrale Arbeit des Forschungsprojekts, in der die Eigenschaften des psychoanalytischen Diskurses anhand konkreter Daten diskutiert und teilweise neu bestimmt werden, stammt von Armin Koerfer und Christoph Neumann (1982). Sie gehen von einer Arbeit von Robin Tolmach Lakoff (1982; vgl. Lakoff 1989) aus und überprüfen die dort aufgestellten Thesen zur Nicht-Reziprozität

des psychotherapeutischen Diskurses an einem reichhaltigen Korpus authentischer therapeutischer Gespräche. Dabei zeigen sie zunächst, dass es eine Phase der „Sozialisierung des Patienten in den psa [psychoanalytischen; C.S.] Diskurs“ (Koerfer & Neumann 1982: 101) gibt (vgl. dazu auch Pain 2009: 117f.). In den ausgewählten Beispielen monieren Patienten nicht nur das ungewohnte Verhalten des Analytikers, wenn eine Handlung nicht die erwartbaren Folgen hat, sondern beschreiben in späteren Sitzungen auch selbst den Lernprozess, den sie in diesem Diskurs vollzogen haben (Koerfer & Neumann 1982: 104).⁸ Außer mit diesen Lernprozessen setzen sich die Autoren vor allem mit Lakoffs „These von der minimalen Reziprozität“ (a. a. O.: 104) in der Psychotherapie auseinander. Sie zeigen, dass die Reziprozität der Kommunikation, von der sie Lakoff folgend annehmen, dass sie im Alltag grundsätzlich gegeben sei, im psychoanalytischen Diskurs entlang einer Reihe von Dimensionen eingeschränkt ist. So kann der Analytiker den Patienten zwar sehen, dies gilt, da der Patient liegt, umgekehrt dagegen nicht (Dimension der „Wahrnehmung“ (a. a. O.: 105ff)).⁹ Ebenso wird die Organisation des Sprecherwechsels verändert, der Patient ist nämlich nicht in der Lage, den Analytiker als nächsten Sprecher auszuwählen (Dimension der „Dialogrollen“ (a. a. O.: 108ff)). Auch im Handlungsprozess sind Therapeut und Patient nicht gleichgestellt, der Patient ist nicht in der Lage, den Analytiker zu einer bestimmten Folgehandlung, etwa einer Antwort auf eine Frage, zu bringen (Dimension der „Interaktionsrollen und Interaktionssteuerung“ (a. a. O.: 112ff)). Mit der nächsten Dimension, „Anonymität und Intimität“ (a. a. O.: 121ff), wenden sich Koerfer & Neumann den mentalen Prozessen in der Psychotherapie zu und zeigen anhand von Freud-Zitaten (a. a. O.: 121) und Gesprächsauszüge, dass der Patient auf der einen Seite dem Analytiker seine intimsten Gedanken offenbart, während der Analytiker auf der anderen Seite als Person nahezu vollkommen anonym bleibt. Es ist also auch eine Nicht-Reziprozität des Wissens zwischen Therapeut und Patient zu konstatieren.

Daneben fragen Koerfer & Neumann nach dem Einhalten von diskursiven Kooperationsmaximen (Grice 1975), deren Geltung sie für Alltagsgespräche

8 Diese Daten machen in methodologischer Hinsicht sehr schön deutlich, dass Aktanten über Handlungswissen bzw. „Handlungsmusterwissen“ (Ehlich & Rehbein 1977: 66ff) verfügen und von anderen Aktanten erwarten, dass diese auf bestimmte Handlungen adäquat reagieren, also ihrerseits bestimmte Handlungen durchführen. Gleichzeitig zeigt sich, dass kein Automatismus des Abarbeitens von Handlungsstrukturen anzunehmen ist (hinsichtlich methodologischer Aspekte s. u. Kap. 3.1).

9 Wie erwähnt (Kap. 2, Anmerkung 4) ist diese Einschränkung der gegenseitigen Wahrnehmung bei den in dieser Arbeit untersuchten Therapien nicht gegeben.

annehmen. Sie zeigen, dass insbesondere die „Maxime der Relevanz“ eingeschränkt ist (Koerfer & Neumann 1982: 126). Durch die sog. ›Grundregel‹ der Psychoanalyse „sagen Sie also alles, was Ihnen durch den Sinn geht“ (Freud 1948d: 468) wird versucht, diese Maxime außer Kraft zu setzen. Der Patient soll sich gerade nicht auf das thematisch Relevante beschränken, sondern seine Gedanken möglichst ungefiltert, unkontrolliert nach außen setzen. Grund dafür ist, dass Freud davon ausging, dass gerade die Gedanken, die bewusst als irrelevant oder störend eingeschätzt und normalerweise nicht verbalisiert werden, verdrängten und damit therapeutisch relevanten Gehalt enthalten. Mit der Technik der freien Assoziation soll die „Maxime der Relevanz“ außer Kraft gesetzt und therapeutisch bedeutsames Material zu Tage gefördert werden. Wie sich dies interaktiv niederschlägt, zeigen die Autoren an ihrem Material (Koerfer & Neumann 1982: 121f.).

Koerfer & Neumann gelingt mit dieser Studie der Nachweis der verminderten Reziprozität im psychoanalytischen Diskurs. Besonders überzeugend sind die vielen Belege aus ihren Daten, in denen die Abweichungen vom Alltagsdiskurs von den Patienten selbst beklagt werden. Auch die Notwendigkeit einer Eingewöhnungsphase in den Diskurs und das Außerkraftsetzen der ‚Relevanzmaxime‘ werden dokumentiert. Hinsichtlich der Fragestellung gehen Koerfer & Neumann über Turner (1976), der sich allein mit der „Interaktionssteuerung“ beschäftigt hatte, hinaus und gewinnen damit neuartige Erkenntnisse. Die von Koerfer & Neumann herausgearbeiteten strukturellen Merkmale des psychoanalytischen Diskurses sind daher bei der Analyse empirischen Materials zu berücksichtigen, wenn auch nicht von einer eins-zu-eins Übertragbarkeit auf die mir vorliegenden Daten aus tiefenpsychologischer und gesprächstherapeutischer Kurzzeittherapie ausgegangen werden kann.

Anhand von psychoanalytischen Erstinterviews stellt Arne Wrobel (1985, 1990) fest, dass in therapeutischen Gesprächen häufig „längere Schweigephasen“ (Wrobel 1990: 243) und eine nicht alternierende Verteilung der Äußerungen vorkommen (ebd.). Geschwiegen werde besonders häufig an Stellen, an denen im Alltag eine Übernahme des Turns durch den Therapeuten zu erwarten sei. Der Therapeut verweigert dann Wrobel zufolge eben diese Übernahme und bestreitet dem Patienten damit das Recht, „selbst zu bestimmen, wann sein Beitrag zu Ende ist“ (a. a. O.: 244). Die einsetzenden Schweigephasen haben damit die Funktion, den Patienten zum Weitersprechen zu animieren und ihn „zur thematischen Expansion und zur thematischen Kohärenz“ (ebd.) anzuregen.

Verallgemeinert man Wrobels Beobachtungen, lassen sich Kennzeichen für den therapeutischen Diskurs auf drei Abstraktionsstufen gewinnen. Zunächst ist rein deskriptiv der enorme Anteil von Schweigen – Wrobel kommt auf 30%

Schweigen (a. a. O.: 242) – festzuhalten (ähnliches stellt auch Peräkylä fest (2011: 292, Fußnote 1)). Dies steht im Gegensatz zu den meisten institutionellen wie nicht-institutionellen Diskursarten, bei denen längere Schweigephasen ohne Aufmerksamkeitsausrichtung auf gleichzeitig auszuführende nicht-sprachliche Handlungen als Hinweis auf eine Fragilität des gemeinsamen Handlungssystems interpretiert würden (vgl. aber Hartog 1990). Formal, also die Gesprächsorganisation betreffend, ist davon auszugehen, dass dem Patienten immer wieder die Möglichkeit, den Therapeuten als nächsten Sprecher zu wählen, verweigert wird. Bezüglich der *Funktion* von Schweigephasen kommt Wrobel – ausgehend von psychoanalytischen Theorien – zu dem Ergebnis, dass das Schweigen dazu dient, den Patienten und seine Erlebnisse in den Mittelpunkt der Therapie zu stellen. Indem er schweigt, vermeidet es der Therapeut, zu den vom Patienten eingebrachten Inhalten Stellung zu nehmen oder ein neues Thema anzusprechen, der Fortgang des Gesprächs wird dem Patienten überlassen. Der große Anteil an Schweigen und die partielle Veränderung des Turn-Taking-Apparats sind also auf die Grundkonstellation des psychotherapeutischen Diskurses zurückzuführen, der ausschließlich auf die Anliegen nur eines Beteiligten, des Patienten, ausgerichtet ist.

Diese Ausrichtung macht es, wie Kathleen Warden Ferrara (1994) feststellt, auch möglich, dass ein weiteres Charakteristikum von Alltagskommunikation im therapeutischen Diskurs weitgehend außer Kraft gesetzt ist. Während sich Interaktionsteilnehmer im Alltag nämlich zunächst mittels „story preface“ (Sacks 1971) das Recht auf einen längeren Beitrag, in dem sich eine Geschichte erzählen lässt, sichern müssen, haben Patienten in der Psychotherapie jederzeit die Möglichkeit, Geschichten zu erzählen:

„Unlike participants in conversation, client narrators in psychotherapy do not have to justify holding the listener's attention. They are paying for it. Clients are assured of having the listener's attention and therapists do not reject the many ordinary narratives given“ (Ferrara 1994: 55)

Im Unterschied zum Alltagsdiskurs müssen Patienten also keine „reportability“ (Labov 1972) von Geschichten herstellen, sie müssen kein „ticket“ (Sacks 1972) lösen, um erzählen zu können, sondern können jederzeit längere narrative Sequenzen initiieren und durchführen. Dieses Spezifikum könnte man mit Koerfer & Neumann (1982; s. o. S. 20) auf eine eingeschränkte Geltung der „Maxime der Relevanz“ zurückführen. In der Psychotherapie ist also nicht allein das relevant, was beiden Aktanten als relevant erscheint, sondern narrative Relevanz besteht bereits dann, wenn ein Ereignis nur aus der Perspektive des Patienten erzählenswert ist.

Mit der Frage nach der Bedeutung dessen, was in der Therapie geschieht, beschäftigt sich auch Joanna Pawelczyk in ihrer Monographie „Talk as therapy“ (2011). Die zuerst von Turner gemachte Beobachtung, dass all das, was Patienten in der Therapie sprachlich und nicht-sprachlich tun oder nicht tun, zum Gegenstand von Therapie werden kann, wird für Pawelczyk zum Ausgangspunkt einer Auseinandersetzung mit den „norms of psychotherapy“ (2011: 54). Pawelczyk spricht davon, dass in der Psychotherapie eine „transparency of meaning“ (a. a. O.: 65) erarbeitet wird: „The therapist is attempting to make meaning of the client's verbal and non-verbal behavior with his/her interactional and communicative strategies in the interactional *here and now*“ (ebd.; Hervorh. i. O.). Die interaktiven und kommunikativen Strategien des Therapeuten – Nachfragen (a. a. O.: 67ff) und Aufforderungen, mehr zu erzählen (a. a. O.: 74ff) – zielen für Pawelczyk darauf ab, dem Verhalten des Patienten einen Sinn zu geben und zu verstehen, warum der Patient so handelt, wie er handelt. So werde das Verhalten des Patienten „transparent“, da, durch den ‚Vordergrund‘ des Handelns hindurch die mentalen Hintergründe dieses Handelns, seine Bedeutung, erkennbar würden. Dieses interaktive Herstellen einer „transparency of meaning“ kennzeichnet Pawelczyk zufolge den therapeutischen Diskurs und unterscheidet ihn von anderen Diskursarten, in denen die mentalen Antriebe des Handelns entweder gar nicht „in the interactional here and now“ (a. a. O.: 65) thematisiert würden („ordinary conversation“ (ebd.)) oder dies nicht im Sinne eines therapeutischen „qualitative change of life“ (a. a. O.: 94) geschehe (wie etwa bei der polizeilichen „interrogation“ (ebd.) eines Verdächtigen).

Während die besprochenen Arbeiten die Bedeutung struktureller Eigenheiten des psychoanalytischen Diskurses und damit die Unterschiede zur alltäglichen Kommunikation in den Mittelpunkt stellen, betonen andere Studien im Gegensatz dazu die Gemeinsamkeiten zwischen alltäglichem und psychotherapeutischem Sprechen. Insbesondere Sabine Streeck kritisiert in einer Reihe von Arbeiten (Stitz 1987, Streeck 1989, 1990)¹⁰ die Annahme von der Eigengesetzlichkeit des therapeutischen Diskurses und argumentiert, dass „die von Therapeuten und Patienten angewandten Techniken der Konstitution und Sicherung von Verständigung keine anderen“ (S. Streeck 1990: 195) sind, „als jene, die allen Gesellschaftsmitgliedern zur Verfügung stehen“ (ebd.). In ihrer Monographie zur „Fokussierung in Kurzzeittherapien“ (1989)¹¹ gelingt es ihr dann auch zu zeigen, dass die *Organisation* der „Hörersignale“ (100ff), des „Turntakings“ (108ff) und von „Frage-Antwort-Sequenzen“ (116ff) in der Psychotherapie weit-

¹⁰ Trotz namentlichen Unterschieds stammen die genannten Arbeiten von derselben Autorin.

¹¹ Diese Monographie wird in Kapitel 2.3.4 ausführlich besprochen.

gehend mit der des Alltags übereinstimmt. Trotz ihrer Grundannahme, dass „Gesprächsteilnehmer auch in der therapeutischen Interaktion auf ihre alltagsweltlichen Muster von Verständigung zurückgreifen“ (a. a. O.: 134), muss allerdings auch Streeck Besonderheiten im Frage- und Antwort-Verhalten von Therapeut und Patient konstatieren. So werden „Fragen [...] von Patienten selten gestellt, von den Therapeuten wiederum kaum echte Antworten auf Patienten-Fragen geliefert“ (a. a. O.: 135). Während basale Mechanismen zur *Organisation* von Gesprächen also denen der Interaktion im Alltag gleichen, kommt es beim sprachlichen *Handeln* zu erheblichen Abweichungen, die in den Daten – analog zum Material von Koerfer & Neumann – auch immer wieder sichtbar werden (z. B. S. Streeck 1989: 121). Die Grunderkenntnis der linguistischen Psychotherapieforschung, dass sich der psychotherapeutische Diskurs strukturell vom Alltagsdiskurs unterscheidet, wird also auch durch Streecks Arbeiten bestätigt.

Ähnlich wie Sabine Streeck wenden sich Wolff & Meier (1995) gegen die Annahme struktureller Eigenheiten therapeutischer Gespräche und fordern, es müsse „zunächst einmal offen“ (a. a. O.: 54) bleiben, „ob Therapien grundsätzlich oder durchgängig besondere Formen von Gesprächen sind“ (ebd.). Im Zuge der Analyse stellen sie allerdings, wenn auch nur an einem Gespräch, fest, dass die „Themenbestimmung und [...] -beendigung“ (a. a. O.: 62) „typische Probleme in Therapie- und Beratungsgesprächen“ (ebd.) bereitet. Damit weist also auch diese Arbeit, deren Fokus ansonsten weniger auf dem therapeutischen Diskurs als auf einzelnen therapeutischen Handlungen (s. u. Kap. 2.3) liegt, auf mögliche Charakteristika des therapeutischen Diskurses, in diesem Fall eben die schwierige Themenprozessierung, hin.

Die Studien von Sabine Streeck sind im Rahmen des Projekts „Verbale Interaktion in Kurzzeittherapien nach Selbstmordversuchen“ um Norbert Dittmar entstanden. Die meisten Arbeiten aus diesem Projekt beschäftigen sich mit spezifischen Phänomenen des sprachlichen Handelns in der Psychotherapie auf Patienten- oder Therapeutenseite, wie sie im nächsten Kapitel diskutiert werden. Lediglich Speck (1990) und Gebel & Speck (1991) liefern Beiträge zur Diskussion über den psychotherapeutischen Diskurs im Allgemeinen und werden deshalb bereits an dieser Stelle besprochen.¹²

¹² Außerdem untersucht Sigrid Gebel (1987) den Sonderfall triadischer Kommunikation in Therapiesgesprächen. In diesem Fall, wenn also neben Therapeut und Patient noch eine dritte Person (z. B. ein Familienmitglied des Patienten) teilnimmt, strukturiert der Therapeut das Gespräch sehr stark, steuert, so Gebel, insbesondere den Sprecherwechsel und greift mit „metakommunikativen Kommentaren“ (a. a. O.: 92) ein. Gebel spricht vom Therapeuten als „Ge-

Die Arbeit von Agnes Speck (1990) zur „Themenentwicklung im Therapiegespräch“ (Titel der Arbeit) konstatiert ebenfalls erhebliche Unterschiede zum Alltagsdiskurs. Demnach kontrolliert der Therapeut die thematische Entwicklung: Aktivitäten des Therapeuten, die ein neues Thema etablieren, haben „Vorrang vor einer Weiterbehandlung des laufenden Themas“ (a. a. O.: 203). Therapeuten können bestimmte thematische Elemente des Patientenvortrags aspektualisieren (a. a. O.: 203) und „Patientenäußerungen mit betont affektiver Proposition“ (a. a. O.: 206) besonders in den Vordergrund rücken, also auch auf diese Weise das Gespräch steuern (a. a. O.: 203). Ähnlich wie Wolff & Meyer erkennt also auch Agnes Speck Eigenheiten des therapeutischen Diskurses hinsichtlich der Einführung und Behandlung von Gesprächsthemen.

In eine ähnliche Richtung weisen Gebel & Speck (1991), die mit ihrer Fragestellung an Turner (1976) anschließen und die Frage nach dem Anfang von Gesprächen aufgreifen. Wie bei Turner geht es um den Unterschied bzw. Umschlagpunkt zwischen alltäglichem und therapeutischem Sprechen. Im Unterschied zu Turner wird dieses Umschlagen allerdings im Rückgriff auf Kallmeyer (1977) in der „Interaktionsmodalität“ verortet, das Geschehen in der Psychotherapie als ein Wechsel zwischen den Interaktionsmodalitäten des Alltags, der Metakommunikation und des therapeutischen Sprechens konzipiert. Mit dieser Begrifflichkeit ziehen die Autorinnen eine Zwischenebene zwischen Diskurs und sprachlichen Handlungen ein.¹³ In der Folge wird diese Zwischenebene zum Explanandum der Analyse, die Handlungen der Aktanten sollen auf ihren Beitrag zum Wechsel der Interaktionsmodalität hin befragt werden. An diesem Wechsel soll sodann das Geschehen in der Psychotherapie fest gemacht werden. Analytisch bleibt die Reichweite dieser begrifflichen Neuerung m. E. allerdings begrenzt, da Gebel & Speck konkret nicht zwischen den Ebenen der Handlung und der Interaktionsmodalität unterscheiden. Vielmehr wird der Wechsel der Interaktionsmodalität mit einzelnen Handlungen gleichgesetzt, in einer ‚metakommunikativen‘ Äußerung z. B. auch der Wechsel auf die Ebene der ‚Metakommunikation‘ gesehen (Gebel & Speck 1991: 19). Der Effekt dieser begrifflichen Neuerung ist m. E. also eine heuristisch eher fragwürdige Verdoppelung der Analyseebenen.

sprächsleiter“ (ebd.). Da triadische Kommunikation in den mir vorliegenden Daten keine Rolle spielt, wird auf Gebels Studie an dieser Stelle nicht näher eingegangen.

¹³ Eine konkrete Bestimmung von „Interaktionsmodalität“ liefern weder Gebel & Speck noch die von ihnen referierte Kallmeyer-Studie (1977). Der Ausdruck wird von den Autorinnen so benutzt, dass „Interaktionsmodalität“ als etwas erscheint, das einerseits durch eine Reihe von Handlungen konstituiert wird, andererseits auf die Ausformung von Handlungen dann jeweils wieder zurückwirkt.

Die Autorinnen vergleichen außerdem den Gesprächseinstieg in der tiefenpsychologischen Psychotherapie mit dem in der Gesprächstherapie. Sie konstatieren, dass die Fragen des tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten besser geeignet seien, den therapeutischen Prozess anzustoßen, als die „Diskursinstruktion“¹⁴ (a. a. O.: 15) des Gesprächstherapeuten, da die konditionelle Relevanz der Diskursinstruktion, „den Patienten zum sprechen zu bringen“ (ebd.), häufig nicht erfasst werde (a. a. O.: 22f.).

Abgesehen von diesem Vergleich der untersuchten Therapietypen kommen die Autorinnen zu einem ähnlichen Ergebnis wie Turner. Turner hatte ja darauf hingewiesen, dass der Wechsel zum therapeutischen Sprechen mit der ersten Handlung des Therapeuten, die die Äußerungen des Patienten als therapeutisch auszuwertendes Material benutzt, geschieht (s. o. S. 13). Gebel & Speck konkretisieren dies an ihren Daten, sehen in der ersten ›Fokussierung‹ (tiefenpsychologische Therapie) bzw. ›Widerspiegelung‹ (Gesprächstherapie) durch den Therapeuten die „Schaltstelle“ (a. a. O.: 21) zum Einstieg in das therapeutische Sprechen. Auf diese Weise werde „ein Fokuswechsel von der Metadiskursebene der Situationsdefinition auf die Diskursebene vollzogen“ (ebd.), so dass „die Situation ‚Therapiegespräch‘“ (ebd.) erzeugt sei, das therapeutische Sprechen also beginne.

Neben der terminologischen Neuerung und der damit verbundenen Doppelung der Analyseebenen wird im Vergleich zu Turner also wenig neues Wissen über Psychotherapie als Diskursart gewonnen. Auch der Vergleich zwischen der gesprächstherapeutischen Diskursinstruktion und der Einstiegsfrage des tiefenpsychologisch arbeitenden Therapeuten scheint wenig weiterführend, da er eine funktional-sequentielle Gleichsetzung der beiden Handlungen voraussetzt, die weder sequentiell – die Reaktionen der Patienten auf die beiden Handlungen unterscheiden sich signifikant – noch funktional – die durch eine Frage ausgelösten mentalen Prozesse differieren fundamental von denen einer Assertionsverkettung wie der Diskursinstruktion – begründet erscheint.

Die hier besprochenen Untersuchungen weisen insgesamt auf Abweichungen zwischen Alltagsdiskurs und therapeutischem Diskurs hin. Diese betreffen primär die *Handlungsstruktur*. Therapeuten arbeiten Handlungsmuster nicht so

¹⁴ Als „Diskursinstruktion“ bezeichnen die Autorinnen einleitende Äußerungen des Gesprächstherapeuten, in denen dieser die Patienten in groben Zügen auf das folgende Gespräch einstimmt. Zur Illustration sei ein Beispiel in der Transkription der Autorinnen angeführt: „ich überlaß im Wesentlichen Ihnen so die Initiative wovon Sie sprechen möchten und will auch versuchen Ihnen möglichst wenig Fragen zu stellen (.) sondern (.) eigentlich versuchen mit Ihnen gemeinsam zu verdeutlichen was so bei Ihnen vor sich geht und (.) Ihnen des widerspiegeln was ich davon verstanden hab“ (Gebel & Speck 1991: 15).