



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Das Erstgespräch in der Psychotherapie aus
sprachwissenschaftlicher Sicht“

verfasst von

Christina Schönbeck

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 328

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Allgemeine/ Angewandte
Sprachwissenschaft

Betreuerin:

Dr. Ira Claudia Gawlitzek

Danksagung

Zuallererst möchte ich mich bei meinen Eltern, Brigitte und Georg Schönbeck, für ihre Liebe und Unterstützung bedanken. Ihr wart während all der Jahre für mich da und habt mich immer in allen Belangen aufrichtig unterstützt, auch wenn Euch mein unfertiges Studium sicher einiges Kopfzerbrechen bereitet hat! Ich danke Euch für die vielen Stunden, die Ihr mit den Kindern verbracht habt und für Euren Optimismus und Eure Lebensfreude, die Ihr mir immer vorgelebt und auch weitergegeben habt.

Meinem Mann, Bernhard, danke ich für das Vertrauen in meine Fähigkeiten und die Liebe, die er mir in allen Lebenslagen entgegenbringt. Du hast erkannt, dass ich das Studium zu Ende bringen muss und hast mich immer emotional unterstützt und an mich geglaubt. Du hast meine „Hochs und Tiefs“ ausgehalten. Die vielen Wochenenden ohne Dich und die Kinder waren nicht einfach für mich und sicherlich anstrengend für Dich, aber ich konnte die Zeit sehr gut gebrauchen- Danke! Ich danke auch meinen beiden Söhnen, Konstantin und Nikolaus, dass sie mich immer so lieb gefragt haben: „Mama, gehst du heute wieder auf die Uni?“, das hat mich immer noch zusätzlich motiviert!

Meiner Diplomarbeitsbetreuerin, Ira Gawlitzek, danke ich dafür, dass sie mir immer auf Augenhöhe begegnet ist, ein Gefühl, dass mir nach so vielen Jahren als Diplomandin völlig neu war und mich sehr motiviert hat! Danke für Ihren guten, aufrichtigen Stil und Ihre Unterstützung!

„Meinem“ Uni- Team, Anna Klambauer, Sigrid Adam und Chris Schaner-Wolles, danke ich dafür, dass sie mich von meinen Bachelor- Plänen abgehalten und mich unglaublich unterstützend wieder auf Diplomarbeits- Schiene gebracht haben. Anna, ohne Deine Hilfe und die viele Zeit, die Du mir und meinen Diplomarbeits- Sorgen gewidmet hast, wäre ich niemals fertig geworden. Danke!

Meine Freundinnen und Freunde, die mich angefeuert und tatkräftig emotional unterstützt haben: Ich danke Euch, dass ich „sudern“ durfte wenn es nötig war!

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Einige Überlegungen zu Inhalt und Ablauf der Untersuchung	8
2.1. Forschungsfrage.....	8
2.2. Konversationsanalyse – Diskursanalyse	9
2.3. Diskursanalyse	10
2.4. Methodendiskussion: Literaturarbeit, Meta-Analyse.....	11
2.5. Zur Methode der Meta-Analyse	12
2.6. Erkenntnisinteresse	13
3. Das Erstgespräch	14
3.1. Erstgespräch-Anamnesegespräch	14
3.1.1. Das schulmedizinische und das psychosomatische Anamnesegespräch	15
3.1.2. Das psychotherapeutische Erstgespräch.....	16
3.2. Der therapeutische Diskurs – sprachwissenschaftlich betrachtet.....	22
4. Psychotherapie.....	23
4.1. Zur Situation der Psychotherapie in Österreich	24
4.2. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung	24
4.2.1. Psychoanalytische Methoden	24
4.3. Tiefenpsychologisch fundierte Methoden.....	29
4.3.1. Autogene Psychotherapie	29
4.3.2. Daseinsanalyse.....	29
4.3.3. Dynamische Gruppenpsychotherapie	30
4.3.4. Hypnosepsychotherapie.....	30
4.3.5. Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)	31
4.3.6. Konzentrative Bewegungstherapie.....	31
4.3.7. Transaktionsanalytische Psychotherapie.....	32
4.4. Humanistisch - existenzielle Orientierung.....	32
4.4.1. Existenzanalyse	32
4.4.2. Existenzanalyse und Logotherapie	33
4.4.3. Gestalttheoretische Psychotherapie	33

4.4.5.	Integrative Therapie	34
4.4.6.	Klientenzentrierte Psychotherapie	35
4.4.8.	Psychodrama	36
4.5.	Systemische Orientierung: Schwerpunkte Systemtheorien, Konstruktivismus	36
4.5.1.	Neuro-Linguistische Psychotherapie	36
4.5.2.	Systemische Familientherapie	37
4.6.	Verhaltenstherapeutische Orientierung: Schwerpunkt empirische (Verhaltens-) Psychologie	37
4.7.	Psychotherapeutische Richtungen und Erstgespräch	37
5.	Fokus sprachwissenschaftliche Betrachtung: Literatur zum Thema „Erstgespräch“	39
5.1.	Einführung	39
5.2.	Stefanie Wilke: Die erste Begegnung	40
5.2.1.	Inhalt: Überblick, Einleitung	40
5.2.2.	Forschungsbereich	40
5.2.4.	Analyse der therapeutischen Gespräche	42
5.2.5.	Ergebnisse, Ausblick	45
5.3.	Carsten Schultze: Linguistische Gesprächsanalyse des familientherapeutischen Erstgesprächs	46
5.3.1.	Inhalt und Fragestellung der Studie	46
5.3.2.	Vorannahmen und Vorüberlegungen zur Studie	46
5.3.3.	Datenmaterial- welche Gespräche werden untersucht?	47
5.3.4.	Welche Funktionen hat das familientherapeutische Behandlungsgespräch inne?	47
5.3.5.	Familientherapie: Konzepte und Probleme aus gesprächsanalytischer Sicht	48
5.3.6.	Bedeutung des Begriffs „Institution“ im familientherapeutischen Kontext	49
5.3.7.	Handlungsmuster im familialen Kontext	49
5.3.8.	Konstitutive Merkmale im familientherapeutischen Erstgespräch – Ergebnisse der Analyse	50
5.3.9.	Schlussworte und Ausblick der Untersuchung	52

5.4. Marion Petzhold: Eröffnung und Beendigung von klientenzentrierten Therapiegesprächen	53
5.4.1. Inhaltsüberblick und Forschungsfrage	53
5.4.2. Das Datenmaterial	54
5.4.3. Die Phasen eines Gesprächs. Eröffnungs- und Beendigungsphasen	54
5.4.4. Erkenntnisinteresse und Erkenntnisgewinn- Eröffnungsphase	55
5.4.5. Erkenntnisinteresse und Erkenntnisgewinn- Beendigungsphase	55
 6. Erkenntnisgewinn	 57
6.1. Vergleichende Analyse der drei vorgestellten Studien	57
6.2. Was wird untersucht- Daten	57
6.3. Welchen Standpunkt nehmen die Forscherinnen und der Forscher zum Begriff der Institution ein?	58
6.4. Welche Methode(n) werden verwendet?	58
6.5. Wie kann die psychotherapeutische Praxis unter Umständen von den Erkenntnissen dieser Studien profitieren?	59
6.6. Mögliche Gründe für die geringe Anzahl sprachwissenschaftlicher Studien zum Erstgespräch	60
 7. Schlusswort	 62
 8. Bibliographie	 64

1. Einleitung

In vorliegender Arbeit wird es um das Erstgespräch in der Psychotherapie gehen. Nun, zuerst muss einmal geklärt werden, was mit dem Erstgespräch überhaupt gemeint ist. Dieses erste Gespräch, in der Schulmedizin und auch der psychosomatischen Medizin wird es Anamnesegegespräch (vgl. dazu UEXKÜLL 1996: 307ff) genannt, ist die erste offizielle Begegnung zwischen der Therapeutin/dem Therapeuten und der Klientin/dem Klienten. Da die Anmeldung zu diesem Gespräch meist telefonisch und da meist auch persönlich zwischen Therapeutin/Therapeut und Klientin/Klient stattfindet, hat es den ersten mündlichen Kontakt zumindest schon kurz gegeben, und je, nach Vorliebe der Therapeutin/des Therapeuten kann es auch schon zu einer ersten telefonischen Abklärung gekommen sein (vgl. PRIOR 2008). Das erste persönliche Gespräch jedoch, bei dem sich Therapeutin/ Therapeut und Klientin/ Klient von Angesicht zu Angesicht gegenüber sitzen (hier wird von einer klassischen Gesprächstherapie-Situation ausgegangen, bei welcher die beiden Gesprächspartner ungefähr gegenüber voneinander Platz nehmen), ist von einigen ganz besonderen Merkmalen geprägt.

Auf den folgenden Seiten sollen diese Merkmale anhand spezifischer sprachwissenschaftlicher Literatur gesondert betrachtet werden. Dazu werden im fünften Kapitel einige linguistische Arbeiten und Studien, welche sich mit dem therapeutischen Gespräch und- idealerweise ausschließlich- mit dem Erstgespräch in der Psychotherapie befassen, vorgestellt. Von besonderem Interesse wird dabei sein, warum sich die jeweiligen Autorinnen/ Autoren für dieses Untersuchungsgebiet entschieden haben, welches Erkenntnisinteresse den jeweiligen Fragestellungen zugrunde liegt. Das Augenmerk soll auch immer darauf liegen, WAS das sprachwissenschaftliche der jeweiligen untersuchten Studie ausmacht, bzw. woran erkennbar ist, dass es sich um eine linguistische Arbeit handelt.

Das therapeutische Gespräch unterliegt auf jeden Fall ganz besonderen Regeln, und ist natürlich, je nach psychotherapeutischer Fachrichtung, auch teilweise unterschiedlich aufgebaut und angelegt- mehr dazu im dritten Kapitel dieser Arbeit, in welchem dieses erste Gespräch oder Anamnesegegespräch eingehend beschrieben wird. Sprechen und Erzählen sind jedenfalls unbestritten die wichtigsten „Werkzeuge“ therapeutischer Kommunikation (vgl. z.B. MUNTIGL 2004: 109), der Dialog zwischen Therapeutin/ Therapeut und Klientin/ Klient eine grundlegende

Basis für das Gelingen einer Gesprächstherapie (vgl. u.a. ANDERSON 1999). Die gesprächstherapeutischen Methoden, welche in Österreich anerkannt sind, werden im vierten Kapitel vorgestellt sowie der Frage nachgegangen, wo Unterschiede zwischen den Erstgesprächen in den jeweiligen Fach- Ausrichtungen liegen könnten.

Diese Arbeit wird also eine Art Meta-Analyse einiger ausgewählter Studien beinhalten, wobei ein paar Merkmale einer „klassischen“ Meta-Analyse für die vorliegende Arbeit einen weniger wichtigen Teil ausmachen werden, wie z.B. die statistische Auswertung der gesichteten Inhalte der besprochenen und analysierten Arbeiten. Der Begriff „Literaturarbeit“ beschreibt wohl eher den Zugang, welcher für die Analyse gewählt wurde. Das Erstgespräch ist aus persönlichem und aktuellem Anlass für mich als Verfasserin dieser Arbeit von spezieller Bedeutung (siehe Kapitel 3), und daher war es mir ein Anliegen, zwei große Leidenschaften meines Lebens in einer Arbeit zu vereinen, oder es zumindest zu versuchen. Dies ist einerseits die Soziolinguistik, welche sprachliches Handeln in all seinen wunderbaren und wundersamen Eigenheiten zu beschreiben versucht und andererseits die Psychotherapie, die sich seit Sigmund Freud so vielfältig weiterentwickelt hat. Die große, verbindende Schnittstelle und das „Interdisziplinäre“ dieser beiden Bereiche liegt für mich auf der Hand, nämlich die Sprache. Es ist so ein offensichtlicher Aspekt, dass er meist auf den ersten Blick gar nicht gesehen wird, doch für mich als Sprach- und Sprechbegeisterte ist diese Schnittstelle immer präsent und deutlich. In jedem Fall macht Sprache Psychotherapie aus, und was wäre die Soziolinguistik/ die Diskursanalyse ohne geeignete und inhaltlich reiche Forschungsbereiche? So gesehen bedingen sich diese beiden Disziplinen gegenseitig, und die Vorstellung, dass mit dem passenden sprachwissenschaftlichen Handwerkszeug eine gute, gelungene und heilsame Psychotherapie begonnen werden kann, ist Gegenstand der nun folgenden Überlegungen, Untersuchungen und zuletzt Ergebnisse.

2. Einige Überlegungen zu Inhalt und Ablauf der Untersuchung

2.1. Forschungsfrage

In diesem zweiten Kapitel soll zunächst einmal die Forschungsfrage formuliert und diskutiert werden. Diese lautet: „Wie wird das psychotherapeutische Erstgespräch in der sprachwissenschaftlichen Literatur dargestellt und analysiert?“

Demnach wird eine Art Meta-Analyse vorgenommen werden, eine Literaturarbeit entstehen. Dazu mehr im Unterkapitel „Methode“, siehe Punkt 2. 4 und 2.5. Zunächst jedoch einige einleitende Gedanken zum Thema „Erstgespräch in der Psychotherapie“. Dazu ist zu sagen, dass es DAS psychotherapeutische Erstgespräch in der sprachwissenschaftlichen Literatur nicht gibt. Vielmehr wird Psychotherapie immer in ihre unterschiedlichen Schulen unterteilt, wenn es um die Betrachtung bestimmter Eigenheiten oder Besonderheiten im psychotherapeutischen Diskurs geht. Zum allgemeinen „therapeutischen Diskurs“ bzw. der psychotherapeutischen Anamneseführung finden sich hingegen zahlreiche sprachwissenschaftliche und nicht-sprachwissenschaftliche Untersuchungen (vgl. z.B. die Arbeiten von ARGELANDER 1992, LABOV/ FANSHEL 1977, PAWELCZYK 2011, et al.). Gibt es also in der sprachwissenschaftlichen Fach- Literatur einen speziellen Themenschwerpunkt zum psychotherapeutischen Erstgespräch? Mit welchen linguistischen Methoden wird gearbeitet- kann eine Präferenz für eine bestimmte Untersuchungsmethode festgestellt werden? Ich habe angenommen, dass ich auf eine ungleich größere Anzahl an diskursanalytischen Untersuchungen stoßen würde, da mir diese aufgrund der Arbeiten von Wodak, Lalouschek, Menz u. a. im Bereich ärztliche Kommunikation geläufig waren¹. Der therapeutische Diskurs hingegen, sowie die Untersuchungen von Gesprächen zwischen Klienten/ Klientinnen und Therapeuten/ Therapeutinnen, wird mit vielfältigen Methoden untersucht, Schultze (2000) entwickelt sogar eine eigene Analysekategorie. Stefanie Wilke argumentiert z.B. in ihrem Buch „Die erste Begegnung“ (1997) zum psychoanalytischen Erstgespräch, warum sich die Konversationsanalyse so gut für diesen Gesprächstyp eignet. Welche Abläufe und Besonderheiten weist das therapeutische Gespräch auf,

¹ Vgl. dazu z.B. den Bericht „Alltag in der Ambulanz“ aus dem Jahr 1989, verfasst von J. Lalouschek, F. Menz und R. Wodak, oder „Ärztliche Kommunikation und Ethik“ aus dem Jahr 2000, verfasst von J. Lalouschek.

um eben gerade mit den Mitteln der Konversationsanalyse untersucht zu werden? Im Folgenden soll diese Analysemethode eingehender betrachtet werden, auf der Suche nach einer möglichen Erklärung. Die soeben erwähnten Arbeiten von Stefanie Wilke und Carsten Schulze werden im fünften Kapitel „Fokus sprachwissenschaftliche Betrachtung“ vorgestellt.

2.2. Konversationsanalyse – Diskursanalyse

Die (ethnomethodologische) Konversationsanalyse geht davon aus, dass soziale Ordnung durch bestimmte Handlungen/ „das Handeln“ der Mitglieder einer Gesellschaft hervorgebracht wird. Indem Personen miteinander interagieren wird die gesellschaftliche Wirklichkeit wiedergegeben. Nach dem Verständnis der Ethnomethodologie werden Tatsachen, welche für uns Menschen als von uns unabhängig angesehen werden, eigentlich durch unser Handeln und unsere Wahrnehmungen erzeugt und beeinflusst. Die Forschungsrichtung „Ethnomethodologie“ interessiert sich für die Durchführung und die Abläufe alltäglicher Handlungen von ganz normalen Personen. Die Konversationsanalyse konzentriert sich demnach auf die Interaktion während der Durchführung ganz alltäglicher Handlungen. Damit wird gesellschaftliche Wirklichkeit re-produziert. Untersucht wird, welche sprachlichen Mittel und Methoden in Sprechsituationen von den jeweiligen Interagierenden angewendet werden, um eine soziale Ordnung herzustellen, oder aufrecht zu erhalten. In der Konversationsanalyse sollen daher diejenigen Mechanismen aufgedeckt werden, welche dazu dienen könnten, eine strukturierte Ordnung in einem laufenden, zwischenmenschlichen Geschehen zu erzeugen. Vier Grundannahmen wurden in der Konversationsanalyse von der Ethnomethodologie übernommen:

Erste Grundannahme: Der *Vollzugscharakter der sozialen Wirklichkeit*: Die Interagierenden vollziehen die gesellschaftliche Realität, sie ist nicht von vorneherein objektiv vorhanden. Sowohl die Bedeutung als auch die Ordnung eines Gespräches werden erst während einer laufenden Interaktion durch ihre Teilnehmer produziert.

Zweite Grundannahme: Der Terminus der *Indexikalität* besagt, dass die Bedeutung von sprachlichen Äußerungen immer mit ihrem situativen Kontext verbunden ist. Diese (Äußerungen) erhalten ihren Sinn und ihre Bedeutung erst durch den jeweiligen Gebrauchs-Kontext.

Dritte Grundannahme: Mit der eben beschriebenen Indexikalität hängt die *Reflexivität* zusammen. Diese besagt, dass Handlungen durch ihren jeweiligen Kontext ermöglicht werden und umgekehrt. In der Konversationsanalyse wird unter „Kontext“ immer jenes Element, jene Bedingung verstanden, welches für die Interaktierenden in den jeweiligen Situationen relevant ist.

Vierte Grundannahme: Mit der *Darstellbarkeit* ist gemeint, dass die Interagierenden sich zu einem bestimmtem Anfangspunkt des Gespräches ihre gegenseitige, bestehende Kenntnis und ihr Verständnis über ihre Äußerungen und die herrschenden Interaktionsregeln zeigen.

Diese Begriffe lassen sich meiner Meinung nach gut in der Praxis umsetzen, wenn ein psychotherapeutisches Gespräch untersucht werden soll. Insbesondere der Kontextbegriff wird bedeutsam, geht man in einer Konversationsanalyse doch davon aus, dass ein spezieller, den Kontext bedingender Sachverhalt für die sprachlich Handelnden relevant ist. Ich erachte diesen Aspekt, diesen beobachtbaren Sachverhalt des Kontextes in Zusammenhang mit der Betrachtung eines therapeutischen Gespräches als äußerst wichtig. Hier könnte auch ein Anknüpfungspunkt an das „Realgespräch“ gefunden werden, an die tatsächliche Wahrnehmung. Nicht alle Kontexte sind immer gleich wichtig für ein Gespräch, bzw. werden von den Sprecherinnen und Sprechern nicht immer gleich gewichtet, sondern stehen immer mit unterschiedlicher Präsenz im (Gesprächs-)Raum. Eine getätigte Äußerung wird ebenso „Kontext“ für die weiteren Äußerungen, wie auch schon andere, kontextuelle Merkmale jedes Gespräch beeinflussen. Durch diese Idee, der Kontext könne und würde sich auch im Laufe eines Gespräches ändern können, bzw. ein Kontext den nächsten bedingen, wird die Methode der Sequenzanalyse verwendet, um Gespräche wiederzugeben, um ihren Kontext analysieren zu können (vgl. WOOFITT 2005, PETZHOLD 2003).

2.3. Diskursanalyse

In der sozialwissenschaftlich geprägten Diskursforschung werden Regeln und Gesetzmäßigkeiten von Diskursen untersucht, sowie deren soziale und institutionelle Zusammenhänge betrachtet. Warum werden Aussagen in einer speziellen Reihenfolge und in speziellen Zusammenhängen getätigt? Welche Wirkung und, damit verbunden, auch welche Macht können Diskurse ausüben? In der sozialwissenschaftlichen diskursanalytischen Forschung werden daher immer

Teilaspekte von Texten/ Gesprächen untersucht, sowie deren unmittelbare Umgebung mit-einbezogen. Ist in der Konversationsanalyse der unmittelbare Kontext bedeutsam, wird in der sozialwissenschaftlichen Diskursanalyse weit über den textuellen/ diskursiven Tellerrand geblickt und der gesamte institutionelle Rahmen in die Analyse mit-einbezogen. Strukturen und Praktiken, welche sich oftmals durch einen Text oder auch textübergreifend zeigen, sollen aufgezeigt und verglichen werden. Für die Untersuchung von therapeutischem Diskurs scheinen mir z.B. Aspekte der Machtausübung durch Sprache, hierarchische Gefälle und geschlechterspezifisches Sprechen von besonderem Interesse (vgl. KELLER 2004; COULTHARD 1997).

Wooffitt (2005) nimmt zum Thema Konversationsanalyse vs. Diskursanalyse Stellung und bringt beide soeben genannten Analysemethoden in einen Methodenvergleich. In seiner Positionierung macht er einerseits schon zu Beginn des Buches deutlich, dass sein Bezug, seine Präferenz bei der Analyse von gesprochenen Texten die Konversationsanalyse ist, zeigt jedoch andererseits auf, dass die Verwendung von diskursanalytischen Methoden in vielen Fällen unerlässlich ist und die Methode der Wahl sein sollte (siehe vorangegangenes Kapitel).

2.4. Methodendiskussion: Literaturarbeit, Meta-Analyse

Am Beginn der Überlegungen für diese Diplomarbeit stand zum Einen das Interesse für Gespräche und wie sie gelingen/ misslingen können, deren Aufbau sowie die Faszination für die unglaublich vielfältigen Bedeutungen und Erscheinungen, die, mit dem richtigen theoretischen Handwerkszeug ausgestattet, aus Gesprochenem Diskurs erkannt und gedeutet werden können. Zum Anderen standen konkrete Gespräche, mit welchen ich mich im Rahmen meiner Ausbildung zur Systemischen Therapeutin ständig beschäftige, und zwar sowohl schriftlich als auch mündlich. Die Ausbildung im Fachspezifikum sieht vor, dass am Ende des ersten Jahres ein Kolloquium abzulegen ist, bei dem jede Schülerin/ jeder Schüler ein Erstgespräch vor versammeltem Lehrkörper sowie Kolleginnen und Kollegen führt. Diese Anforderung brachte mich auf die Idee, mein auf der einen Seite erworbenes Theoriewissen (die Spezialisierung während des Studiums im Bereich Diskursanalyse) sowie mein ständig sich erweiterndes Praxiswissen zusammenzuführen.

Ich habe mich daher für das Verfassen einer Literaturarbeit entschieden, um psychotherapeutische Erstgespräche zu betrachten und noch besser verstehen zu können. Das Gelesene soll auf einer Meta-Ebene besprochen und diskutiert werden.

2.5. Zur Methode der Meta-Analyse

Der Begriff wurde in den 1970er Jahren geprägt und findet sich z.B. bei Glass (1981), welcher quantitativ gesammelte Forschungsinhalte und deren Ergebnisse sammelte, verglich und nochmals auswertete, jedoch auf ihre Variabilität hin. Für die Fragestellung der vorliegenden Arbeit wird diese Meta-Analyse in Form eines „Research Reviews“ (BANGERT-DROWNS 1986: 13) bzw. einer „Sekundäranalyse“ (GLASS 1981) angewendet, bei dem es darum geht, einen Überblick über bestehende wissenschaftliche Studien zu einem bestimmten Themenbereich zu schaffen. Die Kritik an dieser Untersuchungsmethode liegt im Bereich der Subjektivität, da ja die Untersucherin/ der Untersucher einigermaßen willkürlich über für sie/ ihn brauchbare oder eben unbrauchbare Studien entscheiden kann (vgl. GLASS 1976:4). Diese Kritik wird es jedoch meiner Meinung nach bei der Wahl für eine wissenschaftliche Arbeitsmethode immer geben, da die Forscherin/ der Forscher an einem gewissen Punkt immer eine Einschränkung vornehmen muss, sei es bei der Literatúrauswahl, sei es bei der Anzahl der zu befragenden Personen. Es ist jedoch anzumerken, dass die Meta-Analyse im ursprünglichen Sinn eine Methode ist, welche mithilfe statistischer Berechnungen quantitative Ergebnisse aus Primärstudien zusammenfasst. Dies wird in vorliegender Arbeit nur zum Teil umgesetzt, da das untersuchte Material am Ende nicht statistisch ausgewertet, sondern lediglich vergleichend beschrieben werden wird. Das bedeutet, dass jeder Beitrag auf einige, im Vorhinein festgelegte, Fragestellungen überprüft wird. Diese Fragestellungen werden im darauffolgenden Punkt reflektiert und skizziert.

Für die, dieser Arbeit zugrundeliegende Haupt-Fragestellung, was denn nun in sprachwissenschaftlicher Literatur zum Thema Erstgespräch in der Psychotherapie gesagt wird, werde ich mich auf Inhalte einiger allgemeiner Arbeiten zum therapeutischen Diskurs einerseits und auf drei Arbeiten mit Fokus „Erstgespräch“ andererseits beziehen.

2.6. Erkenntnisinteresse

Die folgenden Fragen und Überlegungen stelle ich noch zusätzlich zu meiner Haupt-Forschungsfrage. Sie haben sich entweder gleich zu Beginn gestellt oder wurden im Laufe der Lesearbeit dazugefügt. Idealerweise werden sich diese Fragen in meinem Erkenntnisgewinn beantworten lassen.

Gibt es eine besondere Tendenz, eine präferierte Analysemethode bei der Untersuchung von therapeutischen Gesprächen/ Erstgesprächen? Wie argumentieren die Verfasser der jeweiligen untersuchten Studien ihre Wahl?

Was macht, den Forschungsfragen der jeweiligen Autoren zufolge, das Besondere eines Erstgespräches aus und warum „verdient“ gerade diese erste Gesprächs-Eröffnung einen zweiten, dritten und sogar vierten Blick?

Was könnte die psychotherapeutische Praxis aus den gesammelten Erkenntnissen über Erfolgsfaktoren/ Gelingensfaktoren lernen?

3. Das Erstgespräch

Das Erstgespräch ist in der Psychotherapie von besonderer Bedeutung. Es stellt die Grundlage für die gesamte Therapie dar und seine Qualität, sein Gelingen ist sicherlich eine Bedingung für den späteren Therapieerfolg (vgl. z.B. WILKE 1992; SCHULTZE 2000; KIRCHER 2012).

In diesem Kapitel soll dieses „besondere“ Gespräch und seine Merkmale näher beleuchtet werden. Für Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen gilt, dass das Erstgespräch für den weiteren Ablauf ihrer therapeutischen Arbeit mit der jeweiligen Klientin/dem jeweiligen Klienten ausschlaggebend ist. Aber nicht nur für die psychotherapeutische Arbeit, auch für viele andere Heilberufe ist dieses, auch Anamnesegespräch genannte, Gespräch von Bedeutung. Im psychotherapeutischen Bereich ist ein ganz wesentlicher Faktor, ob „die Chemie stimmt“ - dazu mehr später in diesem Kapitel. Das Erstgespräch hat mehrere wichtige Funktionen und ist auf jeden Fall wegweisend für den weiteren Verlauf der therapeutischen Arbeit.

Für die Klienten ist es in der Regel das erste Mal, dass sie in professionellem Rahmen über ihre Symptome bzw. Probleme sprechen können und sich mit bisher noch nicht beschrittenen Wegen psychotherapeutischer Lösungsmöglichkeiten auseinandersetzen (WILKE 1992: 11). Und auch für jeden Psychotherapeuten/ jede Psychotherapeutin ist das erste Gespräch jedes Mal eine neue Herausforderung und eine neue Situation, auf die er/ sie sich einlässt.

3.1. Erstgespräch-Anamnesegespräch

In der Schulmedizin sowie der psychosomatischen Medizin wird das Erstgespräch als Anamnesegespräch bezeichnet. Wer schon einmal in einem Spital stationär aufgenommen wurde, kennt das Aufnahmeprozedere wahrscheinlich gut: nach dem Ankommen und der Zuweisung eines Krankenzimmers findet normalerweise ein sogenanntes „Aufnahmegespräch“ statt, welches durch eine Vertreterin/einen Vertreter des Pflegepersonals ausgeführt wird. Dieses Gespräch dient zur Orientierung des Patienten/der Patientin. In weiterer Folge kommt es zum Anamnesegespräch durch einen Stationsarzt/ eine Stationsärztin. Hierbei werden aktuelle/ vergangene Erkrankungen, der aktuelle medizinische Status des Patienten/ der Patientin, sowie wichtige Erkrankungen in seiner/ ihrer Herkunftsfamilie

abgeklärt (vgl. NOWAK 2010: 67). Dieses (institutionell vorgegebene) Anamnesegegespräch dient der Abklärung medizinischer, den Patienten/die Patientin betreffende, Informationen. Zum Anamnesegegespräch in der Schulmedizin gibt es zahlreiche diskursanalytische Untersuchungen, welche sich (zumeist kritisch) mit z.B. Redezeitverhältnis, Machtgefälle und Unterbrechungen während des Anamnesegegesprächs auseinandergesetzt haben (vgl. z.B.: MENZ 1991).

Eine weiterentwickelte und „verbesserte“ Form, die medizinische Anamnese durchzuführen, findet sich in der psychosomatischen Medizin. Hier wird ein bio-psycho-sozialer Ansatz verfolgt, welcher auf die Beziehungsgestaltung von Arzt zu Patient verweist und eine weiterentwickelte Form des ärztlichen Anamnesegegesprächs bedeutet. Statt der sonst üblichen „geschlossenen“ Fragen, welche wenig Platz für Erklärungen oder vertiefende Ausführungen des Patienten/der Patientin lassen, wird beim psychosomatischen Aufnahmegespräch Wert auf eine „offene“ Fragegestaltung geachtet. Auf diese Weise sollen Patienten dazu angeregt werden, ihre Geschichte mit ihren eigenen Worten und den damit verbundenen Gefühlen zu erzählen (vgl. ADLER 1996: 307).

3.1.1. Das schulmedizinische und das psychosomatische Anamnesegegespräch

Die schulmedizinische Anamnese dient der möglichst knapp gehaltenen Abklärung medizinischer Fakten, die psychosomatische Medizin nimmt sich für ihre Patientenanamnese mehr Zeit und versucht somit, auf persönlich-subjektive Eindrücke der Patientinnen und Patienten einzugehen. Psychosomatik beruht ja, wie bereits erwähnt, auf einem bio-psycho-sozialen Ansatz, und das psychotherapeutische Erstgespräch verfolgt das gleiche Ziel, nur oft ohne zugrundeliegende körperliche Erkrankung des Klienten/ der Klientin. Im psychotherapeutischen Erstgespräch wird sehr viel Wert auf das eigene, subjektive Erzählen und Erleben des Patienten/der Patientin gelegt, und im Folgenden soll nun genauer auf den Ablauf dieses besonderen Gespräches eingegangen werden. Einerseits soll eine mögliche Abgrenzung dieser Gesprächsform geklärt werden, andererseits soll nach Möglichkeit geklärt werden, was genau dieses erste Gespräch zwischen Klient/Klientin und Therapeut/Therapeutin so besonders macht.

3.1.2. Das psychotherapeutische Erstgespräch

Psychotherapie wird nicht umsonst als „Redekur“ oder „talking cure“ (HARGENS 2011; LANG 2000) bezeichnet- es ist eine Heilmethode, bei der kein anderes Heilmittel als die Sprache zur Anwendung kommt. So unterschiedlich die therapeutischen Schulen auch sein mögen, inhaltlich bleibt man immer an die Sprache gebunden. Auch wenn mit unterschiedlichen Materialien gearbeitet werden sollte, so muss doch immer eine Verständigung durch Sprache über das Erarbeitete und Erlebte erfolgen. Daher wird den Worten, welche bei einer therapeutischen Sitzung gewechselt werden, eine ganz besondere Bedeutung beigemessen, allein mit dem gesprochenen Wort kann größeres Wohlbefinden und im Idealfall Lösung und Heilung eines psychischen Problems/ einer psychischen Erkrankung erzielt werden (vgl. auch Schultze 2000:18ff).

Im Folgenden sollen die wichtigen Merkmale psychotherapeutischer Erstgespräche genannt und betrachtet werden. Hierzu muss noch betont werden, dass nicht alle therapeutischen Schulen ein- und denselben „Leitfaden“ für ihr Erstgespräch verwenden, dass es jedoch bestimmte „Universalien“ gibt, welche, bezogen auf die Durchführung eines Erstgesprächs, für alle Richtungen gelten können. So kann zum Beispiel angenommen werden, dass die Frage nach dem emotionalen Erleben einer Situation in allen Therapieschulen einen ähnlich wichtigen Stellenwert einnimmt (KEMMLER et al. 1991: 8ff).

Das Erstgespräch hat einen ähnlichen Stellenwert, eine sehr ähnliche Funktion wie das Anamnesegespräch in der Schulmedizin. Bestimmte, grundlegende Fragen sollen immer abgeklärt werden, da sie zur Orientierung dringend notwendig sind. Was die Fragetechnik des Therapeuten/der Therapeutin betrifft, so kommt sie wohl der psychosomatischen Anamnese sehr nahe, nämlich dadurch, dass offene Fragen gestellt werden, welche viel Raum und vor allem Zeit für die Antworten und eigenen Ausführungen der Klientin/ des Klienten lassen. Das Setting ist wahrscheinlich unterschiedlich, da das psychotherapeutische Erstgespräch im Normalfall nicht in einem Krankenhaus stattfindet, sondern in einer privaten Praxis bzw. in einer therapeutischen Einrichtung. Nun, unabhängig von den örtlichen Bedingungen ist ein psychotherapeutisches Erstgespräch jedenfalls nicht in der eher kurz bemessenen Zeit durchführbar, wie sie durch eine Aufnahmesituation einer Patientin/ eines Patienten auf einer Krankenstation vorgibt. In den folgenden Ausführungen wird jedenfalls von

einer Erstgesprächssituation ausgegangen, welche in einer psychotherapeutischen Praxis oder einer psychotherapeutischen Einrichtung stattfindet.

Die Ziele und Funktionen eines Erstgesprächs können als die schon erwähnten „Universalien“ in einem Überblick zusammengefasst werden und sollen im Folgenden jeweils kurz genannt und erklärt werden. Idealerweise sollten alle Erstgespräche immer gleich ablaufen, ohne Einmischung oder Färbung eines bestimmten Therapieverfahrens. Dadurch könnte, ebenso idealerweise, am Ende eine Präferenz oder ein Hinweis für die daraufhin folgende, zu wählende Therapieform stehen. Diese Vorgehensweise ist jedoch nur in der Theorie diskutierbar, da jede Therapeutin/ jeder Therapeut mit dem Fachwissen einer speziellen Methode arbeitet und deren diagnostische und therapeutische Richtlinien berücksichtigt. Jedes erste Gespräch wird also immer auch bereits in der „Tönung“ der einen oder anderen Methode eingefärbt sein. Und dennoch gibt es Gemeinsamkeiten bei allen Erstgesprächen, da es ja auch einen wichtigen, allen Methoden und Theorien gemeinsamen, Nenner gibt: die dem ersten Gespräch eigene, zunächst offene Gesprächssituation zwischen einer/ einem Hilfesuchenden und einem therapeutisch geschulten Menschen (siehe auch BOESSMANN/ REMMERS 2011). Dem ersten Zusammentreffen zwischen Therapeut/ Therapeutin und Klient/ Klientin geht oftmals bereits ein Telefonat voraus. Es kann von Seiten des Therapeuten/ der Therapeutin bereits dazu verwendet werden, gewisse Fragen vorab zu stellen (ROMEY 1996: 62ff). Dieses erste, kurze Gespräch kann aber auch durch eine Sprechstundenhilfe vereinbart werden, bzw. findet es eventuell in einem Kontext statt, welcher keine Fragen oder Antworten möglich macht. Aufgrund dieser Unklarheiten wird im Folgenden auf das erste wirkliche Zusammentreffen und dem dabei stattfindenden Gespräch Bezug genommen:

- Das „äußere Setting“- was vor dem Gespräch stattfindet
- Beziehungsgestaltung – stimmt die Chemie?
- Zuhören – Beobachten - Hypothesenbildung
- Ziele erarbeiten
- Formalitäten

Das äußere Setting

Für viele Menschen ist der Weg zu einem Therapeuten/ einer Therapeutin oft ein schwerer. Ihr Leidensdruck hat meistens bereits ein unerträgliches Ausmaß angenommen und sie sehen sich in einer Spirale der Sorgen, Ängste oder anderen Symptomen gefangen. Unsere Gesellschaft betrachtet psychisches Leid oftmals immer noch als kein Leid, und psychische Erkrankungen sind nach wie vor mit einem Stigma behaftet. Der Therapeut/ die Therapeutin sollte sich demnach immer wieder in Erinnerung rufen, welch großer Schritt und welch weiter Weg oft schon von einer Klientin/ einem Klienten zurückgelegt worden ist, bevor diese/ dieser überhaupt zum ersten Mal eine psychotherapeutische Praxis betritt.

Es liegt daher einzig beim Therapeuten/ der Therapeutin, diese schwierige Situation zu respektieren und die/ den Hilfesuchenden unterstützend zu empfangen. Mit seinen/ ihren ersten Worten sollte er/sie in der Lage sein, seinen Klientinnen und Klienten zu signalisieren, dass sie nun gut angekommen sind und sie hier mit ihren Problemen und Anliegen verstanden werden. Diese Signale können durch eine „willkommenheiße“ Atmosphäre gegeben werden, einen persönlichen, freundlichen Empfang und den Klienten die Möglichkeit geben, sich in Ruhe auf das nun folgende Gespräch einzustellen. Boessmann/ Remmers (2011) benennen dazu unter anderem: die Gestaltung des Wartebereiches, die Sitzpositionen im Therapieraum, die Blickrichtungsmöglichkeiten für die Klienten, die Beleuchtung, die Akustik und die Störungsmöglichkeiten. All diese Bereiche unterliegen den persönlichen Vorlieben und Vorstellungen des Therapeuten/ der Therapeutin, sollten jedoch immer wieder reflektiert und aus dem Blickwinkel der Klienten heraus betrachtet werden. Diese nonverbalen Aspekte der ersten Begegnung werden den weiteren Ablauf der therapeutischen Arbeit prägen und dieser erste Eindruck, den die/ der Hilfesuchende erhält, wird ein Bestandteil der Beziehung zum Therapeuten/ zur Therapeutin sein. Die Bedeutung, welche dem äußeren Setting beigemessen wird, sollte aus dem Bedürfnis entstehen, ein gutes Arbeitsklima zu schaffen, welches allen Beteiligten einen guten und sicheren Gesprächsrahmen bietet. Insbesondere die unter Umständen große Unsicherheit auf Seiten der Klientin/ des Klienten kann dadurch reduziert und die Bereitschaft, sich vertrauensvoll auf das Gespräch einzulassen, erhöht werden.

Beziehungsgestaltung – stimmt die Chemie?

Doch diese soeben genannte, noch ganz frische Beziehung muss erst behutsam aufgebaut und gepflegt werden und ihr Gelingen hängt noch von vielen weiteren Faktoren und Handlungen im Rahmen des Erstgesprächs ab. Nun liegt es an den Worten, die gefunden werden, an der Sprache, die gewählt wird, ob diese Gesprächs-Beziehung eine Chance zur Vertiefung erhält oder ob sie nach dieser einen Stunde schon wieder zu Ende gehen wird. Ich erachte diesen Aspekt als den allerwichtigsten in Bezug auf das psychotherapeutische Erstgespräch. Dieser Aspekt bleibt dem Klienten/ der Klientin in Erinnerung, dieses Gefühl des „Passens“ wird das Gefühl sein, welches er/ sie unter Umständen später einer Angehörigen oder einem Freund erzählen wird. „Da stimmt die Chemie“ ist ein Satz, welcher sich sehr häufig bei online- Beurteilungen von Psychotherapeuten findet, bzw. als Anforderung für eine/n geeignete/n Psychotherapeuten auf online- Ratgeberseiten. (vgl. z.B. www.psychotherapiesuche.de). Woran dieses Gefühl nun festgemacht werden kann, liegt wohl bei jedem Individuum selbst. Jedoch auch die ersten Worte, die Begrüßung, die Aufforderung des Therapeuten/ er Therapeutin an den Klienten/ die Klientin, es sich so bequem wie möglich zu machen um von seinem/ ihrem Anliegen zu berichten, beeinflussen die gesamte Situation².

Abgesehen von den bereits genannten nonverbalen Kommunikationsmitteln und den anfangs immer verwendeten Begrüßungsworten kann das Erstgespräch nun beginnen. Die Einladung an den Klienten/ die Klientin, sein/ ihr Anliegen zu berichten, wird nun ausgesprochen.

Zuhören – Beobachten – Hypothesenbildung

Die erste Hürde ist genommen und Therapeutin und Klientin sitzen einander nun gespannt gegenüber. Die Therapeutin/ der Therapeut weiß um die meist große Überwindung bescheid, die es ihr/ sein Gegenüber gekostet hat, den Weg zu ihr/ihm zu machen und drückt ihre/ seine Wertschätzung darüber aus. Sie/er signalisiert ihrem Klienten/ ihrer Klientin, dass sie/er Verständnis aufbringt, sich ausreichend Zeit

² Zur geglückten oder missglückten Kommunikation sei auf die Arbeiten von Watzlawick und später Schulz von Thun verwiesen, welche dieses Thema anschaulich und ausführlich behandeln. Ob also die „Chemie“ in der Kommunikation stimmt, hat viel mit dem Sender – Empfänger – Modell Schulz von Thuns zu tun, und mit dem von Watzlawick eindringlich postulierten „Grundgesetz“ der Kommunikation: „Man kann nicht nicht kommunizieren“ (WATZLAWICK 1969; SCHULZ V. THUN 1981).

nehmen wird, die notwendige Kompetenz besitzt um Unterstützung und Hilfe zu geben, eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine erfolgreiche Therapie sieht, und um die darüber- oder darunterliegenden Themen und Probleme weiß, welche sich im Laufe der Therapie ergeben könnten.

Durch seine/ ihre Interaktion verdeutlicht der Therapeut/ die Therapeutin ihrem Gegenüber, dass er/sie sich ausschließlich auf die betroffene Person konzentrieren wird und sie nach bestem Wissen und Gewissen unterstützen und behandeln wird (KIRCHER 2012: 16ff). Die Klientin/ der Klient sollte nun ausreichend Redezeit für sich in Anspruch nehmen dürfen, um sein Anliegen zu erläutern und sein Problem zu schildern. Hier ist auf jeden Fall ein deutlicher Unterschied zu einem schulmedizinischen Anamnesegespräch zu sehen, denn im psychotherapeutischen Kontext wird zwar auch eine Anamnese durchgeführt, jedoch dienen die Fragen zu wichtigen Ereignissen, sogenannte „Life – Events“ (dazu gehören z.B. der Verlust wichtiger Bezugspersonen, Trennungen, schwere Erkrankungen, berufliche Veränderungen u.Ä.), zum sozialen Umfeld und eventuellen Erkrankungen dem Therapeuten/ der Therapeutin dazu, ein genaues Bild vom Leben und den Lebensumständen ihres Gegenübers zu erhalten. Daten und Fakten werden also sehr wohl gesammelt, jedoch mit viel Raum für alle Nebenerzählungen und eventuell spannende Details, die den Klienten jeweils zusätzlich einfallen könnten (BOESSMANN/ REMMERS 2011: 20ff). Alles Gehörte und Beobachtete kann zu einem späteren Zeitpunkt im Gespräch zur Bildung einer ersten Hypothese führen, welche der Therapeut/ die Therapeutin ihrem Klienten/ ihrer Klientin auch mitteilen sollte. Denn aufgrund einer oder mehrerer Hypothesen, welche gebildet worden sind, kann in der stattfindenden Interaktion ein Therapieziel erarbeitet werden.

Ziele erarbeiten

Für ein gelungenes Erstgespräch, und um dem Klienten/ der Klientin einen Ausblick zu geben, was im Verlauf der Psychotherapie besprochen und bearbeitet wird, sollte immer ein Ziel besprochen werden. Dieses kann im Laufe der Zeit immer wieder neu diskutiert und auch verändert werden, aber im Sinne eines gemeinsamen Arbeitens ist diese erste Zielbesprechung von großer Bedeutung. Für Hilfesuchende kann es schon einen ersten heilsamen Effekt haben, sich gedanklich in eine Zukunft zu versetzen, in der ihr Ziel stehen könnte und weiter: zu erkennen, dass es einen Weg dorthin gibt. Therapieziele haben somit für den gesamten Verlauf einer Psychotherapie eine

wichtige Rolle, und was die sprachliche Komponente betrifft, so kann es sehr hilfreich sein, wenn sich der Therapeut/ die Therapeutin immer wieder die Zeit nimmt, mit ihrem Klienten/ ihrer Klientin über dieses Ziel zu sprechen und diese bei Bedarf auch patientenorientiert zu formulieren. Des Weiteren dienen solche Ziele auch dazu, nachzuprüfen, ob sie nach einiger Zeit erreicht werden können oder zumindest eine Annäherung stattgefunden hat. Psychotherapeuten übernehmen hier auch ein wenig die Rolle von Aufpassern, oder Kontrollorganen. Denn es ist an ihnen, zu gegebener Zeit innezuhalten und mit ihren Klienten gemeinsam nachzuprüfen, ob und wie weit das Ziel näher herangerückt ist. Doch diese Arbeit findet nicht am ersten Tag, nicht beim ersten Gespräch statt, sondern gehört erst an einen späteren Zeitpunkt der Psychotherapie. Wann dieser Zeitpunkt sein könnte und wie viele Sitzungen bis dahin vereinbart werden sollten, muss ebenso klar und offen besprochen werden.

Formalitäten – das innere Setting

Die Therapeutin/ der Therapeut hat die Aufgabe, ja sogar die Verpflichtung, der Klientin/ dem Klienten gegenüber sehr strukturiert und nachvollziehbar zu agieren. Denn die hilfesuchende Person kommt oftmals mit einem unklaren, schwierigen und unlösbar scheinenden Anliegen zu diesem Erstgespräch. Dieses „Chaos im Kopf“, gepaart mit der Unsicherheit, was bei diesem ersten Gespräch passieren wird, muss von der Therapeutin/ dem Therapeuten abgefangen und beruhigt werden. Alle Fragen sollten ohne Umschweife geklärt werden und dazu gehört sicherlich auch der formale Rahmen, der jede Therapiesitzung umgibt. Wie wird der zeitliche Ablauf der Psychotherapie aussehen? In welchem Intervall werden die einzelnen Sitzungen vereinbart? Wie sind die Kosten? Was passiert im Falle einer kurzfristigen Absage? Beahlt die Krankenkasse? Wie soll bezahlt werden? Für alle diese Punkte sollte noch genügend Zeit, um besprochen zu werden, übrig sein, wenn dieses erste, zumeist sehr intensive Gespräch zu Ende geht. Viele Psychotherapeuten nehmen sich bewusst mehr Zeit für das Erstgespräch, andere stellen die formalen Anliegen an den Anfang, um dann sogleich mit der Gesprächsarbeit beginnen zu können.

Die zeitliche Begrenzung wird auch immer wieder ein wichtiges Thema sein, da eine Stunde oft nicht ausreicht, um alle anstehenden Themen zufriedenstellend zu behandeln, doch auch hier ist die Therapeutin/ der Therapeut als StrukturgeberIn gefragt. Je klarer Therapeuten ihr inneres Setting für sich definieren (und je länger sie es schon erfolgreich in der Praxis umsetzen), desto glaubwürdiger und strukturierter

können sie ihren Klienten gegenüber sein (vgl. ROMEH 1996; HARGENS 2011; KIRCHER 2012; BOESSMANN/ REMMERS 2011).

3.2. Der therapeutische Diskurs – sprachwissenschaftlich betrachtet

Die zuvor in diesem Kapitel genannten Merkmale und Besonderheiten des psychotherapeutischen Erstgesprächs sind aus der psychotherapeutischen Praxis entnommen und mit Fachliteratur belegt, und haben keinen direkten sprachwissenschaftlichen Bezug. Es gibt jedoch in der Sprachwissenschaft eine lange Forschungstradition zum therapeutischen Diskurs. So gilt William Labov als einer der Pioniere auf dem Gebiet der Soziolinguistik. Ab 1966 begann er, gemeinsam mit David Fanshel, therapeutische Gespräche zu analysieren. Labov beschreibt den therapeutischen Diskurs als deshalb so außergewöhnlich, weil er gleichzeitig ein diagnostisches Instrument und eine Therapiemethode darstellt und den therapeutischen Diskurs als eigenen, komplexen Diskurstyp beschreibt (LABOV 1979). Die interdisziplinären Forschungsarbeiten von Paul Watzlawick, welcher sich als Therapeut und Kommunikationswissenschaftler mit den Möglichkeiten und Formen des therapeutischen Diskurses beschäftigt hat, dürfen an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben (WATZLAWICK 1969; 2002). Zu den aktuellen Studien in diesem Forschungsbereich können die Arbeiten von Maria Arduç, die sich mit den imaginativen und emotionalen Aspekte bei Therapiegesprächen in der Katathym Imaginativen Psychotherapie (ARDUÇ 2008) befasst, sowie von Johanna Pawelczyk, welche sich mit den Möglichkeiten von Sprache und Kommunikation im therapeutischen Kontext (PAWELCZYK 2011) befasst, gezählt werden.

4. Psychotherapie

In diesem Kapitel soll der Begriff „Psychotherapie“ eingehend betrachtet werden. Wird im Alltag von Psychotherapie gesprochen, ist anzunehmen, dass jede Person sogleich ihre eigene, individuelle Konnotation zu diesem Begriff bekommt, sich bestimmte Bilder im Geiste zeigen und sich jeder Mensch eine spezielle, eigene Meinung von/ über Psychotherapie gebildet hat.

Daher halte ich es für besonders wichtig, einen neutralen und übersichtlichen Einblick in den großen Bereich der Psychotherapie zu geben. Das erste Gespräch zwischen TherapeutIn und KlientIn ist in jeder der im Folgenden genannten Richtungen von Bedeutung, und wenn möglich, wird ein kurzer Kommentar jeweils am Ende der vorgestellten Therapierichtung, zum jeweiligen Erstgespräch abgegeben. Die Richtlinien für solch ein Anamnesegespräch können zwar von Therapierichtung zu Therapierichtung sehr unterschiedlich sein, das übergeordnete Ziel bleibt jedoch für alle Richtungen dasselbe (siehe Kapitel 5). Genauso wird immer wieder nach einer allgemein gültigen Definition für Psychotherapie gesucht, was sich angesichts der zahlreichen unterschiedlichen Richtungen (Stumm, 2011, S.12ff) wohl als eher schwierig bis unmöglich erweisen könnte. Im österreichischen Psychotherapiegesetz von 1990 wird man bei der Suche nach einer solchen Fächer-übergreifenden Definition jedoch fündig:

„§ 1. (1) Die Ausübung der Psychotherapie im Sinne dieses Bundesgesetzes ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten und einem oder mehreren Psychotherapeuten mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“

Dieser Definition könnte man noch hinzufügen, dass wohl ausnahmslos alle psychotherapeutischen Fachrichtungen einen großen gemeinsamen Nenner haben, und zwar die Sprache.

4.1. Zur Situation der Psychotherapie in Österreich

Seit 1990 gilt der Beruf der Psychotherapeutin/des Psychotherapeuten als eigenständige Profession, welche auch von Personen, die nicht ein Medizin- oder Psychologiestudium abgeschlossen haben, erlernt werden darf. Diese Tatsache bildet einen wesentlichen Unterschied zum deutschen Psychotherapiegesetz, welches das Erlernen dieses Berufes ausschließlich in Form einer Zusatzausbildung zu einem abgeschlossenen Medizin- oder Psychologiestudium gestattet.

Während in Deutschland bisher lediglich drei Richtlinienverfahren innerhalb einer als „psychotherapeutisch“ geltenden Behandlung offiziell anerkannt wurden, nämlich die Analytische Psychotherapie, die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die Verhaltenstherapie, gibt es in Österreich mit Stand 2013 bereits 22 anerkannte psychotherapeutische Methoden (vgl. Morschitzky 2007, Stumm 2011). Die Ausbildung in Österreich dauert durchschnittlich sechs bis sieben Jahre, auf das Propädeutikum, welches ein für alle Studenten und Studentinnen gleichartiges, inhaltlich festgelegtes Grundstudium ist, folgt eine ca. vierjährige Fachausbildung, das sogenannte Fachspezifikum. Nur, wer diese Studien in staatlich anerkannten propädeutischen und fachspezifischen Ausbildungseinrichtungen absolviert, darf sich nach erfolgreich abgeschlossenem Studium die geschützte Berufsbezeichnung „Psychotherapeutin/ Psychotherapeut“ geben.

Im Folgenden sollen nun die in Österreich anerkannten Methoden genannt und mit jeweils einigen Sätzen beschrieben werden.

Bei der folgenden Kurzbeschreibung beziehe ich mich auf das Übersichtswerk von Gerhard Stumm (2011) sowie die Informationen auf Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit.

4.2. Tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung

4.2.1. Psychoanalytische Methoden

Analytische Psychologie

Die Analytische Psychologie wurde vom Schweizer Psychiater Carl Gustav Jung (1875 - 1961) entwickelt und erfährt seither eine kontinuierliche Anwendung, sowie Weiterentwicklung. Die Psyche wird als eine Art „dynamische Mischung“ aus

sowohl bewussten als auch unbewussten gesunden wie krankhaften Komplexen angesehen, welche in der persönlichen Vergangenheit entstanden sind. Diese Komplexe können sich nun immer wieder neu formieren, indem unsere Erfahrungen, Vorstellungen, Ideen und Gefühle miteinander wechsel- wirken. Die therapeutische Arbeit besteht darin, Konflikte und eben diese Komplexe, welche das psychische Leiden hervorbringen, aufzuspüren, zu finden und zu bearbeiten, gleichzeitig sollten individuelle Entfaltungsmöglichkeiten gefördert werden. Anstelle von Beschränkung im Erleben, Denken und Handeln weichen nach und nach der Vielfalt und Betroffene werden sich wieder der Freiheit bewusst, aus mehreren Möglichkeiten wählen zu dürfen. Am Ende dieses Weges finden Klientinnen/ Klienten einen Hinweis darauf, wer sie eigentlich sein „können und wollen“ und können sich weiter entfalten.

Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten verstehen sich als Vermittlerinnen/ Vermittler zu den eigenen, inneren vorhandenen Heilungskräften des Unbewussten und bieten dafür einen schützenden Raum, in dem Klientinnen/ Klienten Halt finden und Neues erproben können. Besondere Beachtung finden dabei die Träume und anderen symbolhafte Gestaltungen aus dem persönlichen Unbewussten.

Gruppenpsychoanalyse

Gruppenpsychoanalyse ist eine spezielle Form der Gruppenpsychotherapie, deren Ziel es ist, unbewusste seelische Prozesse im Rahmen einer therapeutischen Gruppe aufzuarbeiten und bewusst zu machen, damit sich den Gruppenteilnehmerinnen und Gruppenteilnehmern neue Entscheidungs- und Handlungswege eröffnen. Der theoretische Hintergrund dieser therapeutischen Gruppenarbeit basiert hauptsächlich auf der Arbeit von Sigmund Freud in der Psychoanalyse sowie diversen sozialwissenschaftlichen Theorien.

Der Einzelnen bzw. dem Einzelnen bietet sich die Möglichkeit, Beziehungsmuster innerhalb des Schutzes und mit der Unterstützung der Gruppe aufzudecken und mit ihrer Hilfe Konflikte sichtbar zu machen und zu re- inszenieren. Dadurch werden Konflikte im aktuellen Kontext der Gruppe für eine direkte Besprechung und Bearbeitung aufbereitet. Die Therapeutin/ der Therapeut schlägt von sich aus keine Themen vor, sondern regt die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an, ihre Ideen, Phantasien und Gefühle dazu möglichst spontan zu benennen. Mithilfe der Gruppentherapeutin/ des Gruppentherapeuten kann auf die jeweiligen

Gefühlsäußerungen der Gruppenmitglieder möglichst wert- und affektfrei reagiert werden. Ihre bzw. seine wichtigste Aufgabe ist die intensive Auseinandersetzung, Abfederung und Hilfestellung beim Umgang mit Übertragung Widerstand.

Psychoanalyse

Aufgrund ihrer historischen Entwicklung wird die Psychoanalyse an verschiedenen Orten unterschiedlich gelehrt und praktiziert und ist mit jeweils unterschiedlichen Traditionen verbunden.

Daher werden die unterschiedlichen Kurz- Beschreibungen von Psychoanalyse und ihre jeweiligen institutionellen Organisationen nacheinander angeführt:

Organisationen

Innsbrucker, Linzer und Salzburger Arbeitskreis für Psychoanalyse, Psychoanalytisches Seminar Innsbruck

Psychoanalyse basiert auf der Annahme, dass die psychische Entwicklung eines Individuums von einem unbewussten, nicht direkt zugänglichen seelischen Bereich geleitet und beeinflusst wird. Damit ist das „Unbewusste“ gemeint. Im Unbewussten haben einerseits noch ausstehenden Entwicklungen Platz, es enthält aber auch bereits stattgefundenes Verdrängtes aus ehemaligen Konflikten. Aufgabe der Psychoanalyse als Psychotherapie ist es daher, das Zusammenspiel des Unbewussten mit dem alltäglichen Leben zu entdecken, mit dem Ziel einer guten Weiterentwicklung der eigenen Persönlichkeit. Indem spontane Überlegungen und Einfälle zur aktuellen Lebenssituation, zur Vorstellungswelt und zu den Traumbildern in ihrer Bedeutung entschlüsselt und gedeutet werden, kann das „erkennende Ich“ seinen Umgang mit sich selbst, seiner Geschichte und seiner Umwelt freier und bewusster gestalten und verantworten. Mögliche Einsicht und der Wille zur Veränderung entstehen innerhalb, aber auch mit Hilfe der Beziehung zwischen Analytikerin/ Analytiker und Klientin/ Klient. Die Analytikerin bzw. der Analytiker übernehmen dabei vor allem die Rolle eines teilnehmenden, neutralen Zuhörers, unterstützen bei Klärungen und beim Zusammenfügen unklarer oder durcheinander gebrachter Bedeutungen. Die individuelle Lebensgeschichte wird dabei als Entstehungsprozess bis in die Gegenwart begriffen.

Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse

Diese, von Sigmund Freud begründete Therapiemethode ist die erste Psychotherapie, welche mit einer umfassenden psychologisch orientierten Krankheitslehre ausgestattet ist. In ihrem Mittelpunkt stehen die unbewussten Motive unseres menschlichen Verhaltens, welche auch für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ursächlich sein können.

Ziel jeder psychoanalytischen Behandlung ist es, Einsicht in die verborgenen Grundlagen aktueller Leidenszustände zu gewinnen, sowie ihre „kränkende“ Wirkung auf die jeweilige Persönlichkeitsstruktur zu erkennen. Ein weiteres Ziel liegt darin, die Ausformung zwischenmenschlicher Beziehungen und Beziehungsstörungen im Privat- sowie Berufsleben kognitiv und emotional zu erfahren und sich bewusst zu machen. Hauptsächlich ist dies durch eine Re-aktualisierung von intrapsychischen Konflikten möglich, welche auf Mustern frühkindlicher Erfahrungen oder auf unbewussten Phantasien beruhen. Indem diese „wiederbelebt“ werden, können sie innerhalb der sogenannten Übertragungsbeziehung zur Analytikerin/ zum Analytiker bearbeitet und gelöst werden. Genauso können in diesem geschützten Rahmen des psychoanalytischen Settings leidvolle Erfahrungen sowie schuldbehaftetes Verhalten thematisiert werden, so dass es nicht deren krankmachender „Ausdruck“ in psychischen, psychosomatischen oder auch somatischen Symptomen kommen muss.

Die hohe Stundenanzahl (bis zu 4–5 Sitzungen pro Woche) und relativ lange Dauer einer psychoanalytischen Therapie beruhen einerseits auf dem anspruchsvollen Therapieziel, welches eine, möglicherweise innerstrukturelle Persönlichkeitsveränderung beinhaltet, und andererseits auf dem behutsamen und analysierenden Umgang mit Widerständen gegen Veränderungen bei Klientinnen und Klienten.

Wiener Kreis für Psychoanalyse und Selbstpsychologie

Die psychoanalytische Selbstpsychologie wurde von Heinz Kohut (1913–1981) begründet. Mit der Beschreibung des Verhältnisses von Beobachtungsmethode und Theorie gelang es ihm, das weite Feld der Psychoanalyse ein wenig einzuschränken: Laut Kohut sind psychoanalytisch Daten nur dann relevant, wenn sich durch Introspektion und mit Empathie gewonnen werden. Aus dieser Erkenntnis ergab sich

die Entdeckung und Beschreibung der sogenannten „narzisstischen Übertragungen“, welche in weiterer Folge zur Entwicklung der Theorie der Selbstpsychologie führte.

In dieser Therapieform geht es um eine Herstellung und in der Folge Erhaltung eines selbst- reparierenden, selbst- regulierenden und auch selbst- erhaltenden Systems zwischen Analytikerin/ Analytiker und Klientin/ Klient. Die Einstellung der Psychoanalytikerin bzw. des Psychoanalytikers der Klientin/ dem Klienten gegenüber ist geprägt von kontinuierlich entgegengebrachter Empathie. Dabei orientiert sich die Psychoanalytikerin bzw. der Psychoanalytiker in ihren/ seinen eigenen Deutungen des subjektiven Erlebens der Klientin/ des Klienten, um die aktuelle Beziehung zu verstehen. Eine Re- Traumatisierung sollte dabei möglichst verhindert werden. Durch die sogenannte Wiederherstellungsarbeit können Beziehungseinbrüche repariert werden, die Zusammenhänge in der Geschichte der Patientin bzw. des Patienten können verstehbar werden und letztendlich kann das psychotherapeutisch Erarbeitete auch auf verbaler Ebene befestigt werden. Das Beziehungserleben kann und sollte immer wieder aufs Neue verbalisiert werden.

Wiener Psychoanalytische Vereinigung

Die hier besprochene Therapieform der Psychoanalyse geht ebenfalls auf Sigmund Freud zurück und gehört zur Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung (IPV, 1908 gegründet) welche es sich zur Aufgabe macht, das theoretische und praktische/klinische Verständnis in einer lebendigen Auseinandersetzung weiterzuentwickeln und weiterzugeben. Unser menschliches Handeln wird als Kompromiss zwischen bewussten und unbewussten Motiven angesehen. Unangenehme, peinliche und schmerzliche Erfahrungen, welche verdrängt worden sind, führen zu massiven inneren Konflikten, die meistens ab einer bestimmten Dichte in Form von körperlichen Symptomen oder akuten psychischen Problemen, wie z.B. Depressionen, Zwängen oder Phobien zutage kommen. Das Ziel einer analytischen Therapie ist es daher, diese unbewussten Konflikte und traumatischen (früheren) Erlebnisse in Form einer Übertragung zur Analytikerin bzw. zum Analytiker wieder erfahrbar zu machen. Im geschützten Setting können frühere Erfahrungen im aktuellen Leben neuerlich erlebt und neue emotionale Erfahrungen oder intellektuelle Einsichten möglich werden.

4.3. Tiefenpsychologisch fundierte Methoden

4.3.1. Autogene Psychotherapie

Die Autogene Psychotherapie ist eine ganzheitliche und tiefenpsychologisch fundierte Methode, welche es der Klientin/ dem Klienten ermöglicht, zunächst nach dem individuell optimalen seelisch körperlichen Spannungsausgleich (Grundstufe) zu suchen. Im Anschluss wird Problemkonfrontation betrieben sowie prägnante persönlichen Leitformeln und Leitbilder (Mittelstufe) entwickelt, bis abschließend in der Tiefenentspannung traumähnlich aufsteigenden Symbolinhalte (Oberstufe) bearbeitet werden. Unbewussten wird durch Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten bewusst gemacht. Durch das, der autogenen Psychotherapie eigene, umfassende Menschenbild ist diese Therapiemethode für alle seelischen Störungen geeignet. In der zuvor genannten Grundstufe wird durch eine spezielle angewendete Trance-Technik ein Ruhezustand erreicht, dieser wird in der Mittelstufe genützt, um möglichst vollständige Reduktion der Angstgefühle bezüglich problematischer Gedanken zu erreichen. Schließlich werden in der Oberstufe diese, in meist bildhaften Symbolen aufsteigenden Gefühle analysiert und idealerweise positiv aufgelöst.

4.3.2. Daseinsanalyse

Nach dem zweiten Weltkrieg entwickelte der Psychiater Medard Boss (1903–1990) in Zürich eine neue therapeutische Schule der Daseinsanalyse, welche Heideggers phänomenologischen Denkansatz in der in psychotherapeutischer Praxis erprobte. Phänomenologie verlangt möglichst großen Respekt vor der „Selbstgegebenheit des menschlichen Daseins, sowie das Offensein für Begegnungen in unserer Umwelt. Daseinsanalytische Psychotherapie versteht seelisches Leid als einen Ausdruck von konflikthaftem Existieren. Ziel einer therapeutischen Behandlung ist ein möglichst großes „Sich - Offenhalten – Können“ für den bearbeiteten Bereich, ein Möglichmachen eines „freien Existierens“ durch eine Analyse des eigenen Daseins, in der es in erster Linie um das „Selbst“ sowie das „Sorgetragen für das Selbst“ geht. Das Daseins- analytische Gespräch soll eine vertiefte Einsicht und Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten, Wünschen und bislang unerforschten Bereichen ermöglichen.

4.3.3. Dynamische Gruppenpsychotherapie

Die dynamische Gruppenpsychotherapie wurde vom Wiener Psychiater Raoul Schindler als ganzheitliches Verfahren entwickelt, mit dem Ziel, eine möglichst effizienten Kombination diverser gruppenbezogener psychotherapeutischer und gruppodynamischer Ansätze sowie tiefen- und sozialpsychologischer Denkmodelle zu erhalten. Zu Beginn eine rein gruppenpsychotherapeutische Behandlung, wurde diese Therapie in der Folge auch auf das Paar-, und Familiensetting ausgeweitet. In dieser Methode werden Störungen des Person – Umweltbezuges bearbeitet und Beziehungs - und Kommunikationsstörungen aufgelöst. Lebensvorgänge sollen deutlich verbessert werden. Psychische Krankheit wird im Sinne der Theorie Parsons als soziale Rolle definiert. Die ursprünglichen psychoanalytischen Konzepte von Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand werden übernommen und durch objektbeziehungstheoretische, kommunikationstheoretische und gruppodynamische Vorstellungen zum Verständnis von Erleben, Handeln und Verhalten der Person in ihren Beziehungsverhältnissen ergänzt.

4.3.4. Hypnosepsychotherapie

Die Hypnosepsychotherapie zählt zu den tiefenpsychologischen Psychotherapieverfahren, welche die Trancefähigkeit des Menschen zu Heilungszwecken nutzen. Basierend auf den Theorien des Hypnosepsychotherapeuten Milton Erickson wird das Unbewusste weniger als ein konflikthafter Bereich denn als innerer Ort voller Ressourcen und Fähigkeiten. Die Hypnosepsychotherapeutin/ der Hypnosepsychotherapeut, leiten, unter verantwortungsvoller Anwendung von Suggestionen, die Klientin/ den Klienten dazu, hypnotische Trancezustände zu erreichen, welche positiv auf Körper und Psyche wirken. Dadurch wird es unter Umständen möglich, verdrängte Kindheitsereignisse und Traumata und verborgene Konflikte aufzuspüren und zu bewältigen. Jedoch auch aktuellen Probleme und Konflikte können auf diese Weise be- und verarbeitet werden. So wird es z.B. auch möglich für die Klientin/ den Klienten, mit unbewussten Persönlichkeitsteilen in einen Dialog zu treten; sie/ er kann innere Ruhe und Kraft sammeln und diese bei Bedarf in bestimmten konfliktreichen Situationen verfügbar machen; sie/ er kann im Trancezustand zu einem Problem oder einer Frage träumen und diesen Traum mit der Psychotherapeutin/ dem Psychotherapeuten analysieren; sie/ er kann in Trance Vorstellungen über die Zukunft entwerfen und daraus Perspektiven für die Gegenwart

ableiten; sie/ er kann aus therapeutischen Geschichten Lösungswege entwickeln; Selbsthypnose erlernen.

4.3.5. Katathym Imaginative Psychotherapie (KIP)

Die Katathym Imaginative Psychotherapie ist ein psychotherapeutisches Verfahren, welches sich einem bio – psycho – sozialen Menschenbild verpflichtet und auf einer tiefenpsychologischen Konzeption beruht. Methodisch geht es in der Arbeit mit der KIP um unbewusste Prozesse des individuellen Seelenlebens.

In der therapeutischen Beziehung kommt es in der KIP zu Übertragungs- Gegenübertragungsmechanismen, jedoch erweitert die KIP methodisch ihr psychoanalytisches Repertoire, indem sie spezifische Elemente der Imagination verwendet. Mit Hilfe der inneren Bilder und der Symbolsprache des Unbewussten können seelische Ressourcen aktiviert und neue Lösungen gefunden werden. Auch die KIP geht, wie andere psychodynamische Verfahren innerhalb der Psychotherapie davon aus, dass vergangene Erfahrungen das gegenwärtige Leben und damit auch die aktuelle seelische Befindlichkeit entscheidend beeinflussen, jedoch steht in der KIP eine neue emotionale Erfahrung im Mittelpunkt der Therapie.

4.3.6. Konzentrative Bewegungstherapie

In der konzentrativen Bewegungstherapie geht es darum, einen Weg zu finden, um den eigenen Körper bewusster wahrnehmen zu lernen. Dadurch kommt es zu einer, ebenso bewussten Auseinandersetzung mit der jeweils eigenen Lebensgeschichte, aus welcher sowohl „heile“ als auch ungesunde Anteile hervorgehen, und diese werden, ebenfalls als Folge, zugänglich für psychotherapeutische Arbeit. Diese kann bewirken, dass durch intensive körperliche Wahrnehmung und Interaktion die Bedeutung von Erlebnissen und Erlebtem reflektiert und bei Bedarf vertieft wird. Durch eine „konzentrativen“ Aufarbeitung früherer Erlebnisse werden mit diesen verbundene Erinnerungen angeregt, welche sich in körperlicher Form als Haltung, Bewegung und Verhalten bemerkbar machen können. Belebte und unbelebte Objekte wirken unterstützend, indem sie Erfahrungen und Bedeutungen symbolisieren. Durch gezielte körperliche Wahrnehmungsarbeit werden die Probleme und neurotischen Zustände „begreifbar“ und können in der Beziehung Klientin/ Klient und Therapeutin/ Therapeut bearbeitet werden, der eigene Körper wird dabei bewusst zum Ort des psychischen Geschehens gemacht.

4.3.7. Transaktionsanalytische Psychotherapie

Die transaktionsanalytische Psychotherapie wurde von Eric Berne (1910 – 1970) basierend auf den Theorien der Psychoanalyse begründet. Ihr Ansatz ist ein eher deskriptiver, bei welchem davon ausgegangen wird, dass es aufbauend auf einem Basiskonzept der drei „Ich- Zustände“ unterschiedliche Verhaltensmuster gibt. Durch diverse Muster im Interaktionsprozess können Schlussfolgerungen auf die Funktionen dieser „Ich- Zustände“ getätigt werden. Die daraufhin folgende Analyse kann sowohl auf strukturellen (wie ein Individuum in gewissen Situationen handelt), als auch auf interaktiven (wie ein Individuum in gewissen Situationen kommuniziert) Grundlagen aufbauen. Ein weiterer Analyseansatz betrifft das individuelle „Lebensdrehbuch“, welchen eine Analyse des „Lebensdrehbuches“, welches für das Individuum in seiner frühen Kindheit festgelegt worden ist. In der transaktionsanalytischen Psychotherapie wird mit zum Teil interaktiven Techniken wie z.B. Rollenspielen gearbeitet, welche Erlebtes re- aktivieren sollen.

4.4. Humanistisch - existenzielle Orientierung

4.4.1. Existenzanalyse

Die Existenzanalyse wurde vom Wiener Psychiater Viktor Frankl begründet. Eine existenzanalytische Psychotherapie gilt ab dem Zeitpunkt als erfolgreich, ab welchem die Klientin/ der Klient sein eigenes Handeln mit „innerer Zustimmung“ beschreiben kann. Die therapeutische Arbeit besteht unter anderem darin, das Verständnis für das individuelle Gefühlsleben zu festigen. Diese Orientierung zielt in erster Linie auf persönliche Erfüllung im Leben ab. Belastendes und unklare Zusammenhänge können durch die Stärkung der eigenen Fähigkeiten geklärt und verbessert werden. Durch die beständige Arbeit mit dem und der Reflexion über das eigenen Handeln werden auch die Möglichkeiten, das eigene Leben verantwortungsvoll und vor allem frei zu leben gesteigert. Mit dem sinnbildlichen Bauen von Existenzbausteinen können sowohl vergangene, als auch gegenwärtige und zukünftige Themen bearbeitet werden und meta- existenzielle Fragen können gestellt („Kann ich sein, da, wo ich bin? - Mag ich leben? - Darf ich so sein, wie ich bin? - Wofür soll ich leben?“) und im Idealfall auch beantwortet werden.

4.4.2. Existenzanalyse und Logotherapie

Die Existenzanalyse und Logotherapie geht ebenfalls auf das Werk Viktor E. Frankls zurück. Sie wird und wird oft auch als „Dritte Wiener Schule“ bezeichnet. Im anthropologischen Sinne wird der Mensch als ein Sinnsuchender betrachtet, welcher eigenverantwortlich sein Leben gestalten möchte und dessen Dasein würdevoll ist. Durch existenzielle Sinnfragen, auf die keine Antworten gefunden werden können, kann es zu einer starken psychischen Belastung kommen. Die dafür geeignete Logotherapie befasst sich daher eingehend mit den bedeutsamen Lebensfragen der Menschen. Klientinnen/ Klienten sollen dabei angeleitet werden, wie sie ihr individuelles Leben wieder mit Werten und Sinn erfüllen können, und wie sie gestärkt aus ihren leidvollen Erfahrungen herauskommen können, ja diese sogar nützen können. Auf diese Weise können die gesunden Anteile, welche jeder Mensch immer in sich trägt, aktiviert werden, was zu einer heilsamen Neu-Orientierung und Neu- Organisation des Lebens und Verhaltens führen kann. Im Mittelpunkt der Beziehungen zwischen Therapeutin und Klientin/ Klient steht eine wertschätzende persönliche Begegnung.

4.4.3. Gestalttheoretische Psychotherapie

Die Gestalttheoretische Psychotherapie bildet eine Nebenkategorie zur Gestalttherapie. Ihr Zugang zum psychischen Erleben ist ein erlebnisorientierter, ihr Menschenbild ist stark humanistisch gefärbt. Im Rahmen eines sicheren und geschützten Therapiesettings soll es Klientinnen und Klienten ermöglicht werden, Klarheit über ihre jeweiligen Lebenssituationen zu bekommen und die (meist eingeschränkte) Fähigkeit zur Kontaktaufnahme zu anderen Individuen zu fördern. Wie der Name schon sagt, wird der Mensch in seiner grundsätzlichen Fähigkeit wahrgenommen, sein Leben frei und sinnvoll gestalten zu können. Kommt es dann doch zu einer Störung dieser Fähigkeit, so wird er innerhalb einer wertschätzenden und empathischen therapeutischen Beziehung dabei unterstützt, seine eigenen Kräfte zu nützen, um wieder ein weitgehend störungsfreies Leben führen zu können. Dieses eigenverantwortliche Verhalten wird zunehmend gestärkt und ist in weiterer Folge sehr unterstützend für die Bindung an eine soziale Gemeinschaft. Wenn es der Klientin/ dem Klienten einmal gelingt, sich als natürlicher Teil einer solchen Gemeinschaft zu verstehen, kann auch ihre Sozialkompetenz wachsen. Durch die vielseitige methodische Arbeit in dieser gestalttheoretischen Therapieform, z.B. mit

Träumen oder Körperschemaarbeit, mit Malerei oder Rollenspielen können sich für die Betroffenen viele inhaltlich wichtige und individuell veränderliche, interessante neue Wege für eine mögliche Zukunft eröffnen, durch ihre höhere Selbstverantwortung sind sie letztendlich in der Lage, auf ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse besser zu hören und deren Erreichen auch für ihre Leben anzustreben.

4.4.4. Integrative Gestalttherapie

Die integrative Gestalttherapie baut auf den Grundideen der Tiefenpsychologie auf, und wird durch das Konzept der gestaltpsychologischen Wahrnehmungstheorie sowie der Idee der Selbstorganisation des Organismus ergänzt. Dieses therapeutische Verfahren geht davon aus, dass der Mensch auf natürliche Art und Weise in der Lage ist, verantwortlich zu handeln und soziale Kontakte zu pflegen sowie soziale Bindungen einzugehen. Diese vielfältigen Möglichkeiten können unter günstigen Bedingungen in einem lebenslang andauernden Prozess wachsen und gedeihen. Dieser Prozess kann jedoch auch gestört werden, indem seine Entwicklung von Kindheit an beschränkt wird. Dadurch kommt es im Erwachsenenalter zu einer unzureichend entwickelten Persönlichkeitsstruktur und einem eingeschränkten und konflikthaften Erleben, welches sich hauptsächlich durch akute psychosomatische Beschwerden, mangelnder Beziehungsfähigkeit oder diversen psychischen Erkrankungen bemerkbar macht.

Während der integrativ-gestalttherapeutischen Therapie sollten Klientin/ Klient und Psychotherapeutin/ Psychotherapeut besonderes Augenmerk auf das Auftreten emotionaler und körperlicher Phänomene legen, welche für das individuelle Erleben von Bedeutung sein könnten.

4.4.5. Integrative Therapie

In der integrativen Therapie geht es um eine ganzheitliche Behandlung, bei welcher diverse schulenübergreifende Therapieansätze zu einem gemeinsamen Verfahren integriert werden.

Diese Therapiemethode sieht in der individuellen Entwicklung einer Klientin/ eines Klienten einen lebenslangen Arbeits- Prozess. Es wird immer von der aktuellen Lebenssituation ausgegangen, um sodann einerseits positive und wirkungsvolle

Erlebnisse und Ereignisse und andererseits negative und wirkungslose Erlebnisse aus der Lebensgeschichte in den Mittelpunkt der Betrachtung zu stellen. Alle, für die weitere Entwicklung relevanten Merkmale und Handlungen werden hervorgehoben und bearbeitet, um schließlich einen selbst-vertrauten und an der Zukunft orientierten Lebensstil leben zu können. Durch eine starke und nachhaltige therapeutische Beziehung kann ein solider Grundstein für ein heilsames Arbeiten gelegt werden, dieser Prozess wird mit vielfältigen Mitteln (kreative Techniken und Methoden) unterstützt.

4.4.6. Klientenzentrierte Psychotherapie

Die von Carl. R. Rogers (1902-1987) begründete klientenzentrierte Psychotherapie beruht auf der Überlegung, dass jedes Individuum über ein eigenes inneres Entwicklungspotenzial verfügt, welches allerdings lediglich bei zwischenmenschlichen Beziehungen seine Wirksamkeit entfalten kann, in welchen das Individuum persönliche Wertschätzung erfährt und in welchen verständnisvoll – empathisch miteinander umgegangen wird. Enthält eine therapeutische Beziehung im Wesentlichen diese Merkmale, können ganz behutsam die inneren Leidenszustände, welche bei der Klientin/ dem Klienten herrschen, thematisiert und bearbeitet werden.

4.4.7. Personenzentrierte Psychotherapie

In direkter Folge zur klientenzentrierten Psychotherapie entwickelte Carl Rogers die sogenannte personenzentrierte Psychotherapie. Diese therapeutische Fachrichtung wurde eingeführt, um eine klare Trennung von allzu direktiv agierenden Therapieschulen herbeizuführen. Auch diese Methode arbeitet mit der Vorannahme, dass jedes Individuum sein Leben selbständig und konstruktiv gestalten kann und über ein „inneres Toolkit“ verfügt, mit welchem die eigene Persönlichkeit entwickelt und das Leben eigenverantwortlich gestaltet werden kann. Die Beziehung von Therapeutin/ Therapeut zu Klientin/ Klient kann dann heilsam und anregend sein, wenn die persönliche Entwicklung gefördert wird und von therapeutischer Seite wertschätzend- bedingungslos ist. Das gesprächstherapeutische Setting sollte den Klientinnen/ Klienten unbedingt eine behutsame und beständige Entwicklung in Richtung eines aktiven, ressourcenorientierten und weitgehend angstfreien Lebens ermöglichen.

4.4.8. Psychodrama

Wie der Name der therapeutischen Fachrichtung „Psychodrama“ (begründet vom Wiener Psychiater Jakob Levy Moreno, 1889-1974) schon sagt, geht es dabei um eine Verbindung von psychotherapeutischen und „dramatischen“, also rollenspielerischen Anteilen. Im Psychodrama wird daher mit den Mitteln des darstellenden Spiels gearbeitet, die es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglicht, spontane Rollen- und somit auch Perspektivenwechsel vorzunehmen. Auf der Basis einer humanistischen Sichtweise wird besonderes Augenmerk auf das Funktionieren und Misslingen zwischenmenschlicher Beziehungen gelegt. Denn Beziehungsgestaltung geht immer auch mit einer bestimmten Rollenaufteilung einher, welche oftmals sehr vertraut, aber auch sehr erstarrt sein kann. Durch spontanes, spielerisches Wechseln dieser Rollen können völlig neue und wichtige Möglichkeiten zum Handeln deutlich werden, der Fokus kann neu gesetzt werden. Situationen, welche im Alltag immer wieder zu scheinbar unlösbaren Konflikten führen oder geführt haben, können durch spielerischem Ausdruck und szenische Darstellung plötzlich in ein neues Licht gerückt werden, was im idealfall zur Auflösung und Heilung führen kann. Von großer Wichtigkeit ist hier jedoch der äußerst behutsame Umgang und die umfassende Vor- und Nachbetreuung durch die Therapeutin/ den Therapeuten, da dieses kreative darstellende Element zum Teil große unterdrückte Energie freimachen kann.

4.5. Systemische Orientierung: Schwerpunkte Systemtheorien, Konstruktivismus

4.5.1. Neuro-Linguistische Psychotherapie

Das Modell der Neuro-Linguistische Psychotherapie ist eine der „jüngsten“ anerkannten Fachrichtungen in Österreich und ist eine therapeutische Weiterentwicklung basierend auf dem Ansatz des Neuro- linguistischen- Programmierens (NLP). Den Betroffenen wird die Möglichkeit geboten, im therapeutischen Setting an erreichbaren Zielen zu arbeiten, welche von Mal zu Mal neu definiert werden. Metaphern- und Imaginationsarbeit steht dabei im Vordergrund. Es wird davon ausgegangen, dass jedes Individuum gewisse, fest verankerte „krankheitserhaltende“ Einstellungen in sich trägt, welche mithilfe der Therapeutin/ des Therapeuten behutsam gelockert und schließlich gelöst werden sollen, um anderen, „gesundmachenden“ Verhaltensweisen Platz zu machen.

4.5.2. Systemische Familientherapie

Die Systemische Familientherapie (Watzlawick, Satir, de Sahzer, u.A.) ist eine Methode, welche das Individuum immer als eingebettet in seine verschiedensten „Lebenssysteme“ betrachtet, mit welchen es immer in einer Art Wechselwirkung steht. Der systemischen Therapeutin/ dem systemischen Therapeuten obliegt es, sich immer der unterschiedlichen „Landkarten“ bewusst zu sein, auf welche wir Bezug nehmen. Nach der Klärung der angestrebten Therapieziele wird versucht, mittels einer lösungsorientierten Haltung einschränkende Systeme aufzuspüren und Lösungen zu finden. Durch die Techniken des „Skalierens“, des „zirkulären Fragens“, der „therapeutischen Hausaufgaben“ und der Arbeit mit Metaphern sollen Klientinnen und Klienten in der Erreichung ihrer Ziele unterstützt und heilsame Prozesse in Gang gebracht werden.

4.6. Verhaltenstherapeutische Orientierung: Schwerpunkt empirische (Verhaltens-) Psychologie

Die Verhaltenstherapie wurde in den 1940er Jahren entwickelt. Sie basiert auf der Grundidee, dass wir Menschen unser psychisches Erleben, so wie andere Eigenschaften, erlernt haben. Daher ist die logische Schlussfolgerung daraus, dass wir dieses „angelernte“ Verhalten auch wieder verlernen und durch Anwendung spezieller Methoden auch wieder erneut lernen können, jedoch ohne krankmachende Anteile. Klientinnen und Klienten werden aktiv in den „Lernprozess“ eingebunden, indem sie dazu angeregt werden, sich intensiv mit ihren eigenen Emotionen und ihrem situationsbedingten Verhalten auseinanderzusetzen. Die Verhaltenstherapie gilt als eine sehr aktive, im aktuellen Leben der Betroffenen ansetzende Therapieform, die Therapeutin/ der Therapeut verhält sich sehr kooperativ und versucht, durch möglichst konkrete Zielerarbeitung und Erfassen konkreter Problematiken, seine Klientin/ seinen Klienten zu einem ressourcenorientierten und eigenverantwortlichen Partner in der Therapie zu machen.

4.7. Psychotherapeutische Richtungen und Erstgespräch

Auf den vorangegangenen Seiten sollte die Vielfalt der Therapieformen, welche derzeit in Österreich vom Bundesministerium anerkannt sind, vorgestellt werden. Einige ähneln sich stark in ihren Grundsätzen und Behandlungsansätzen, andere

schlagen wiederum völlig unterschiedliche Denkrichtungen ein. Doch eine Tatsache haben alle diese „Ausformungen“ psychotherapeutischen Handelns gemein, nämlich die Tatsache, dass sie immer in Form einer verbalen Interaktion stattfinden. Im nun folgenden Kapitel werden drei Arbeiten vorgestellt, welche das Erstgespräch zum Inhalt haben. Die Analysen wurden in einem jeweils unterschiedlichen psychotherapeutischen Fachgebiet durchgeführt, und zwar bei Stefanie Wilke die psychoanalytische Therapie, bei Carsten Schultze die Familientherapie und schließlich bei Marion Petzhold die klientenzentrierte Psychotherapie. Ob und falls es Besonderheiten (laut der Autorinnen/ des Autors) bei diesen drei Formen des ersten Gespräches gibt, wird jeweils untersucht.

5. Fokus sprachwissenschaftliche Betrachtung: Literatur zum Thema „Erstgespräch“

5.1. Einführung

Im einleitenden Kapitel dieser Arbeit wurde die Annahme aufgestellt, dass sich sehr viel Literatur finden würde, welche aus einem sprachwissenschaftlichen Blickwinkel allgemeine oder spezielle Aspekte des Erstgesprächs in der Psychotherapie behandelt. Jedoch haben sich seit Beginn und erster Planung dieser Arbeit einige Voraussetzungen geändert. Für mich als Untersuchende stellte sich heraus, dass das therapeutische Gespräch zwar auf vielerlei Arten sprachwissenschaftliche Aufmerksamkeit erhält, dass jedoch oft andere Fragestellungen im Kontext des therapeutischen Gespräches betrachtet werden und das Erstgespräch, wenn überhaupt, einen eher marginalen Platz im sprachwissenschaftlichen Forschungsbereich „therapeutische Kommunikation“ einnimmt.

Im folgenden Kapitel sollen nun drei Arbeiten vorgestellt werden, welche diese Anforderung zu erfüllen scheinen. Die Arbeiten werden nacheinander vorgestellt und ihre wichtigsten Inhalte jeweils zusammengefasst. Im Anschluss daran werden die gemeinsamen und einander ähnelnden Betrachtungen, Fragen und Ergebnisse herausgearbeitet. Im Speziellen bedeutet dies, dass zuerst das Thema der jeweiligen Arbeit vorgestellt wird, bevor folgende Fragen gestellt und nach Möglichkeit beantwortet werden:

- Was wird untersucht?
- Welche Methode wird dafür verwendet?
- Welche Besonderheiten werden für die untersuchten Erstgespräche gefunden?
- Welches Fazit gibt es für die jeweilige Untersuchung wird ein Ausblick auf mögliche weiterführende Forschung getätigt?

Im darauffolgenden Kapitel „Erkenntnisgewinn“ sollen dann einige Punkte, welche von besonderem Interesse sind, einem Vergleich unterzogen werden: Gibt es Gemeinsamkeiten zwischen den Studien? Und wenn ja, welche?

Und schließlich soll versucht werden, eine mögliche Erklärung für die, in diesem Kapitel eingangs gemachte Feststellung zu finden, nämlich warum es (noch?) relativ wenig sprachwissenschaftliche Überblicksarbeiten zum Bereich „Erstgespräch in der Psychotherapie“ gibt.

5.2. Stefanie Wilke: Die erste Begegnung

5.2.1. Inhalt: Überblick, Einleitung

In ihrem Buch „Die erste Begegnung“ betrachtet Stefanie Wilke das psychoanalytische Erstgespräch. Ihre Untersuchung ist konversationsanalytisch angelegt. Wilke möchte in ihrer Arbeit herausfinden, was das psychoanalytische Erstgespräch ausmacht, welche besonderen Merkmale dieses Gespräch hat und an welchen Faktoren sich diese festmachen lassen. Sie erachtet die erste Begegnung zwischen Psychotherapeutin/Psychotherapeut und Klientin/Klient als sehr speziell und betont schon in ihren einleitenden Worten, von welcher großer Wichtigkeit dieses erste Gespräch in der Psychoanalyse ist, da die Gesprächsteilnehmer ihre Rollen definieren und der weitere Verlauf der Gesprächsbeziehung ausgehandelt wird. Sie verweist des Weiteren auf den großen außersprachlichen Bereich, den, wie sie es nennt, „nonverbalen Kommunikationskanal“, dessen Wichtigkeit sie ebenfalls betont, welcher jedoch in ihrer vorliegenden Studie keinen größeren Stellenwert erhält, da Wilke sich auf die Analyse der Gespräche und somit den „innersprachlichen Bereich“ selbst konzentriert.

5.2.2. Forschungsbereich

Zunächst gibt die Autorin ein Überblick über die unterschiedlichen Ansätze im Forschungsbereich „Erstgespräch“, indem sie einen Bogen vom schulmedizinischen Erstgespräch über die Gesprächsleitfaden der Anamnese hin zum psychosozialen Modell und zum psychoanalytischen Erstgespräch spannt. Der Darstellung sowie inhaltlichen Beschreibung der unterschiedlichen Ansätze gibt Wilke viel Raum. Dies macht deutlich, wie wichtig für sie die Eigenständigkeit des therapeutischen Gesprächs als Gesprächsform ist. Mit der Beschreibung der anderen, schulmedizinischen und psychosomatischen, Anamnesetypen grenzt sich Wilke auch bewusst von diesen ab, und stellt von Beginn ihrer Arbeit an diese spezielle Gesprächsform des therapeutischen Gesprächs in den Mittelpunkt. An dieser Stelle sei auf das Kapitel „Erstgespräch“ der vorliegenden Arbeit verwiesen, in welchem

das humanmedizinische sowie psychosomatische Anamnesegepräch ausführlich beschrieben werden (vgl. Kapitel 3.1.-3.3.). Wilke erweitert den Bereich des Erstgesprächs noch um einige Faktoren bzw. widmet sich z.B. auch den frühen kritischen Ansätzen im Bereich der, wie sie es nennt, organmedizinischen Anamnese und den damit verbundenen Theorien für die Herstellung eines ausgeglicheneren Sprecherverhältnisses (siehe dazu Wilke: 16ff). Um eine differenzierte Darstellung des therapeutischen Dialogs zu ermöglichen, stellt Wilke in einem weiteren Kapitel das Alltagsgespräch in Gegensatz zum therapeutischen Gespräch. Sie erachtet es als wichtig, die jeweils charakteristischen Merkmale dieser beiden Gespräche hervorzubringen, da sie deren Unterschiede bereits am Gesprächsbeginn zu erkennen glaubt. Das bedeutet, dass sie annimmt, die systematisch beobachteten Regeln der Alltags-Gesprächsführung würden sich nicht unbedingt auf die Regeln der psychoanalytischen Gesprächsführung umsetzen lassen. Dennoch ist die Grundvoraussetzung für sowohl Alltags- als auch therapeutischen Dialog die gleiche, nämlich, dass die beteiligten Sprecher sich in einer „face- to- face“ Situation befinden. Jedoch werden, so die Autorin, beim therapeutischen Gespräch die sonst (im Alltagsgespräch) äußerst wichtigen Faktoren wie Mimik, Gestik oder Körpersprache eher in den Hintergrund gedrängt. Wilke sieht das therapeutische Gespräch in einer Art „mittleren Position“ angesiedelt, als eine Gesprächsform zwischen ärztlicher Anamnese und Alltagsgespräch, und möchte untersuchen, ob sich diese „Mischform“ des Gespräches als eine eigenständige, neue Gesprächsform definieren lässt (vgl. Wilke: 72-76).

5.2.3. Methode – untersuchtes Material

Methodisch orientiert sich die Autorin im Bereich der qualitativen Sozialforschung und benennt ihren, im Vorfeld festgelegten, theoretischen Hintergrund als maßgeblichen Faktor für die Arbeit und Forschung in diesem Bereich. Ihre Hypothesen werden im Sinne eines stetigen Arbeitsprozesses (laut eigener Angabe) immer wieder neu und im Sinne eines Entdeckungsverfahrens gebildet.

Die empirischen Analysen der Studie werden in zwei Gruppen geteilt, einen ersten und einen zweiten empirischen Teil, und die untersuchten Gespräche kommen aus zwei, geografisch sowie in ihrer praktischen Ausrichtung sich unterscheidenden Institutionen. Die Hinzunahme einer zweiten untersuchbaren Gruppe von therapeutischen Gesprächen begründet die Forscherin damit, dass sie die in der ersten

Gruppe getätigten Beobachtungen mit den Ergebnissen aus der zweiten Gruppe im positiven Falle festigen und bestätigen möchte. Sollten ihre ursprünglichen Ergebnisse während der zweiten Untersuchung verändert werden, müsste sie diese eventuell erneut einer Diskussion unterziehen. Dadurch sollte im Idealfall, nach Untersuchung und Vergleich der beiden Samples, eine möglichst gültige Aussage zu den Merkmalen des psychoanalytisch-therapeutischen Erstgesprächs über eine einzelne untersuchte Gruppe hinaus getätigt werden können.

5.2.4. Analyse der therapeutischen Gespräche

Diesem Abschnitt der Arbeit soll ein ausführlicher inhaltlicher Einblick zuteil werden, da es hier um das „sprachwissenschaftlich Eingemachte“ geht, welches von besonderem Interesse für diese Meta-Analyse ist. Wilke teilt ihre Untersuchung in vier empirische Teile auf:

Den ersten Teil, nämlich die Analyse der Eröffnungsphasen der Erstgespräche, untersucht sie mithilfe der Methode der Konversationsanalyse und begründet diese Entscheidung mit dem zugrunde liegenden Interesse, wie und zu welchem Zeitpunkt des Erstgesprächs die beiden am Gespräch beteiligten Akteure den „Eintritt in die zwei- Personen- Beziehung“ bewerkstelligen. Diese Phase des Gesprächs wird daher nicht ohne Grund als Eröffnungsphase bezeichnet. Außer den institutionell vorgegebenen Rollen, nämlich dass die Klientin/ der Klient sich zum ersten Mal in den Räumlichkeiten der Therapeutin/ des Therapeuten einfindet, kann nun vieles passieren. Wilke beschreibt, dass es tatsächlich in fast allen Fällen so ablaufen würde, dass Klientinnen/ Klienten auf regelhafte Art und Weise immer den Therapeutinnen/Therapeuten den „Gesprächsvortritt“ geben würden. Auch bei ihrer Untersuchung bestätigt sich diese Annahme, der Therapeut/ die Therapeutin würde zu einem „autorisierten Starter“. Lediglich bei einem einzigen untersuchten Gespräch kam es zu einer Überschneidung der ersten Worte in der Eröffnungssequenz. Mit dem Begriff „autorisierte Starter“ beschreibt Wilke die/den zur Gesprächseröffnung ermächtigte/n Sprecherin/ Sprecher. Dieser „autorisierte Starter“ wird im Regelfall aufgrund des herrschenden institutionellen Hierarchiegefälles benannt. Diese „Ermächtigung“, diesen Vortritt erhält die Therapeutin/der Therapeut jedoch immer von Seiten der Klientin/ des Klienten, indem sie/er durch absichtlichen Verzicht seinen Gesprächsvortritt dem Gegenüber „überlässt“. Somit werden, ohne dass dies thematisiert wird, bereits erste Rollenzuschreibungen „ausgehandelt“. Besonders

interessant erscheint mir an dieser Stelle Wilkes Feststellung, dass sich Klienten/Patienten an ihnen bekannten Interaktionsverhalten orientieren, welche sie im Normalfall während schulmedizinischen Anamnesegesprächen bereits erfahren haben. Jedoch weicht das sprachliche Verhalten der Therapeutin/ des Therapeuten bereits nach sehr kurzer Gesprächs-Zeit von diesem „klassischen Arztverhalten“ ab, wenn sie/er gewisse, für die Klientin/den Klienten bisher unbekannte Hörsignale sendet. Zum Beispiel Zuhören, Schweigen oder Nachfragen.

Der zweite empirische Teil behandelt die Frage, mit welchen Themen die Klientinnen und Klienten ihre Redebeiträge einleiten. Nach Sichtung aller Erstgespräche kommt Wilke zu folgendem Ergebnis: offensichtlich entscheiden sich Klienten/Klientinnen in jedem Erstgespräch für einen der folgenden fünf Themenbereiche, um das Gespräch aus ihrer Sicht zu beginnen. Wie in der vorigen Frage bereits abgeklärt worden ist, leitet im Regelfall die Therapeutin/der Therapeut die erste Sitzung ein. Nach den begrüßenden bzw. einleitend - erklärenden Worten wird von diesem/ dieser nun die Frage gestellt, was die Klientin/den Klienten zu ihr/ihm führe. An erster Stelle steht eine Antwort, welche eine Symptombeschreibung beinhaltet. Die Möglichkeit, über psychische oder auch körperliche Zustände sprechen zu können, gibt den oft unsicheren Erst-Klienten/Erst-Klientinnen ein gewisses Sicherheitsgefühl. Die Möglichkeit, etwas „real Existierendes“ wie z.B. ein körperliches Leiden besprechen zu können, wird scheinbar häufig in Anspruch genommen und erleichtert den Einstieg in den therapeutischen Dialog. Die folgenden *vier Basis-Kategorien* werden laut Wilkes Untersuchung nach Bedarf ergänzend hinzugefügt, es müssen aber nicht in jedem Redebeitrag jeweils alle Kategorien vorkommen. Auf die *Symptombeschreibung* kann eine *Detailbeschreibung* derselben folgen, meistens dann, wenn sich die Klientin/der Klient bereits des Längeren mit ihrer/seiner Erkrankung befasst hat und somit über eine Art „Expertenwissen“ verfügt. Im Bereich psychischer Erkrankungen kann das z.B. bedeuten, dass bereits eine Diagnose bekannt ist, bzw. die Klientin/der Klient sich eine Vorstellung über den Sinn einer psychotherapeutischen Behandlung machen kann und diese auch artikuliert. Die dritte Basis-Kategorie nach Wilke wird als eine *Art Leidens-Beschreibung* definiert, als Steigerung der ersten Kategorie der Symptombeschreibung. Sie beinhaltet auch die Aufforderung bzw. die Bitte an die Therapeutin/den Therapeuten, Hilfe zu leisten. Mit dieser dritten Kategorie eng verbunden ist die vierte, in welcher eine *Steigerung der in Kategorie Drei*

beschriebenen Symptomatik darstellt. Laut Wilke kommt es in dieser Kategorie auch nicht zu einem affektiven Appell zur Hilfeleistung an den Gesprächspartner. Eine abschließende Kategorie bildet der „*Kommentar*“, welcher in den meisten beschriebenen Fällen die Darstellungen der Klientin/des Klienten abrundet. Dem Therapeuten/der Therapeutin wird mit diesem Kommentar somit wieder die Handlungsoption übergeben, das Berichtete kann noch einmal gemeinsam betrachtet werden.

Im dritten empirischen Abschnitt wird die Bedeutung dieser Eröffnungssequenz für den weiteren Ablauf des Erstgespräches untersucht. In welcher Form „verhandeln“ Therapeut/Therapeutin und Klient/Klientin nun über den weiteren Verlauf der gemeinsamen Sitzungen und deren Inhalte? Als wichtigstes Ziel des Erstgespräches wird von Wilke das gemeinsame Verstehen und Definieren der Symptomatik der Klientin/des Klienten beschrieben. Sie unterscheidet den Verlauf dieser Eröffnungssequenzen in unterschiedliche Verlaufs-Typen, z.B. dem „Idealtyp“ einer Gesprächseröffnungssequenz, welcher sämtliche Merkmale beinhaltet, welche zum Gelingen des Gespräches beitragen, oder der Verlaufstyp, in welchem sämtliche Gesprächskategorien und –bereiche erst einmal ausgehandelt werden müssen. Zusammengefasst wird in diesem Abschnitt untersucht, wie und mit welchen sprachlichen Mitteln die Möglichkeiten und Grenzen beider Gesprächspartner ausgelotet und die „Weichen“ für die Zusammenarbeit gestellt werden können.

Im abschließenden, vierten empirischen Teil ihrer Studie sucht Wilke nach den klinischen Auffälligkeiten der zuvor erarbeiteten Ergebnisse. Gibt es Unterschiede im Gesprächsverhalten bei einerseits neurotisch erkrankten Patientinnen/Patienten, welche also zum Beispiel an einer Depression leiden und Klientinnen/Klienten, welche aufgrund einer ursprünglich körperlichen Ursache ihrer Symptome mit einer Gesprächs-Psychotherapie beginnen? Diese gibt es in der Tat. Die im zweiten empirischen Abschnitt entwickelten Kategorien für die Themenwahl der Gesprächseröffnung, welche schließlich ausschlaggebend für den Verlauf der Erstgespräche sind, werden von den jeweils betroffenen Klienten-/Klientinnengruppen unterschiedlich gewählt.

5.2.5. Ergebnisse, Ausblick

In Wilkes Arbeit wird anhand der analysierten Gesprächssequenzen und mithilfe des zuvor entwickelten Kategoriensystems deutlich, dass die Gruppe der neurotisch betroffenen Patientinnen und Patienten eher dazu neigt, ihre Gespräche in den psychologisch geprägten Kategorien zu beginnen. Sie sind somit besser in der Lage, ihr zugrundeliegendes Problem darzustellen und gehen mit einem „offeneren“ Gesprächsverhalten in diese erste Sitzung. Die Gruppe der psychosomatisch Betroffenen hingegen ist in Bezug auf die Darstellung und Beschreibung der Symptome eher an schulmedizinische Fakten orientiert. Für diese Interaktionsmuster kann deutlicher Widerstand zu den von Therapeutinnen/Therapeutenseite eingebrachten Ideen oder Vorschlägen festgestellt werden, sobald sich diese dem Möglichen Umstand annähern, dass ihre Erkrankungen möglicherweise aufgrund psychischer Ursachen diesen Verlauf genommen haben. Bei mehreren analysierten Gesprächen war ein regelrechtes Beharren auf Erklärungsmustern zu beobachten, welche körperliche Ursachen für ihr jeweiliges Leiden beinhalteten. Dies bedeutet, dass das Arbeiten mit diesen beiden Gruppen von Klientinnen und Klienten bereits in der ersten Sitzung, beim ersten „Turn“ geprägt wird, die ersten gewechselten Worte ausschlaggebend für den gesamten Therapieverlauf sein können. Wilke betont jedoch, dass es einerseits keine völlige Trennung zwischen diesen Gruppen gibt, sich aber aufgrund ihrer Analyse eben diese beiden Tendenzen erkennen lassen, und dass im Endeffekt immer die Therapeutin/der Therapeut für den Vertrauensaufbau und den gedeihlichen Fortschritt der Therapiegespräche verantwortlich ist. Doch die Autorin verweist damit auch deutlich auf eine, durch ihre Studie neuerlich belegte³, Tatsache, nämlich dass es Klientinnen und Klienten mit „unterschiedlicher psychosozialer Herkunft“ gibt, und daher auch eine unterschiedliche Herangehensweise und Einstellung zur psychotherapeutischen Behandlung innehaben.

In ihren abschließenden Worten bespricht Wilke die Entwicklungen der Psychotherapieforschung und reiht sich mit ihrer Arbeit in die größer werdende Gruppe der qualitativen Forscherinnen und Forscher im Bereich „therapeutisches Gespräch“ ein.

³ Wilke bezieht sich hier auf vorangegangenen Studien mit ähnlichen Ergebnissen, z.B. die „Berliner Psychotherapiestudie“ von Rudolf(1991), sowie die Arbeit von Peterfreund (1975).

5.3. Carsten Schultze: Linguistische Gesprächsanalyse des familientherapeutischen Erstgesprächs

5.3.1. Inhalt und Fragestellung der Studie

Carsten Schultze stellt in seiner sprachwissenschaftlichen Untersuchung das familientherapeutische Erstgespräch in den Mittelpunkt. Bereits in seinen ersten einleitenden Worten macht der Autor deutlich, was das Anliegen seiner Studie ist, nämlich ein Verfahren zu einer möglichst detaillierten gesprächsanalytischen Beschreibung des psychotherapeutisch/ familientherapeutischen Erstgesprächs zu entwickeln. In einem ersten Schritt beschreibt Schultze das therapeutische Gespräch im Unterschied zu einem Alltagsgespräch bzw. einem Beratungsgespräch. Diese Unterscheidung verdeutlicht die spezielle Form und die Merkmale dieses untersuchten Gesprächstyps. So ist zwar ein Beratungsgespräch ebenfalls eine Interaktion zwischen einem/einer „Profi“ und einem „Laien“/ einer „Laiin“, und es handelt sich ebenfalls um ein zeitlich begrenztes, unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfindendes Gespräch. Im Unterschied zum psychotherapeutischen Gespräch sollte dabei aber keine psychische Erkrankung bei dem /der Ratsuchenden vorliegen.

In einem zweiten Schritt gibt Schultze einen ausführlichen Überblick über die bestehende Forschung im Bereich der Therapiegesprächsforschung und stellt fest, dass bisherige Forschungsansätze und –konzepte eher exemplarisches Wissen hervorbringen, und nicht unbedingt Anwendungs- orientiert sind. So wurden zwar die unterschiedlichen Typen von therapeutischer Kommunikation gesprächsanalytisch aufbereitet und systematisiert, jedoch ihre jeweiligen divergierenden Ansätze nicht auf einen gemeinsamen Nenner gebracht, damit Aussagen über die Gemeinsamkeiten in den relevanten Analyseebenen getätigt werden konnten. In seiner Studie möchte der Autor daher versuchen, Aussagen über bestimmende Merkmale des familientherapeutischen Erstgesprächs zu erarbeiten, wobei er seine Forschung auf einem anderen Konzept als den bisher erarbeiteten Konzeptionen aufbaut.

5.3.2. Vorannahmen und Vorüberlegungen zur Studie

Schultze geht davon aus und betont dies auch von Beginn seiner Arbeit an, dass es sich beim Gesprächstyp der therapeutischen Kommunikation um eine spezifische Form der institutionellen Kommunikation handelt. Darauf basieren auch all seine weiterführenden Überlegungen. So kann er also z.B. institutionelle Merkmale der

Familientherapie nur untersuchen, wenn er zuvor die therapeutischen Konzepte der Institution untersucht hat. Er nimmt außerdem an, dass die Merkmale familientherapeutischer Kommunikation in den Merkmalsbeschreibungen gesprächsanalytischer Kategorien aufscheinen. Um diese Annahme zu festigen und belegen zu können, wird Schultze ein eigenes Kategoriensystem entwickeln, um sowohl therapiespezifische als auch gesprächskonstitutive Merkmale aus dem Korpus herausfiltern zu können. In der folgenden Auswertung seiner Ergebnisse und Prüfung der Anwendbarkeit der entwickelten Kategoriensysteme soll eher ein gesprächsanalytischer Zugang mit Fokus auf die Rollenverteilung im Gespräch gewählt werden, denn ein psychologisch begründeter. Die Relevanz seiner Studie, so Schultze, würde in der „gesprächsanalytisch fundierten Rekonstruierbarkeit des familientherapeutischen Handlungszusammenhanges“ liegen. Einem Überblick über das Feld der Familientherapie sowie gesprächsanalytisch beobachtbaren Problemen folgt die Entwicklung eines Kategoriensystems für Familientherapie-Erstgespräche, und abschließend eine Zuordnung der Ergebnisse zum Gesprächstyp des untersuchten Gesprächs.

5.3.3. Datenmaterial- welche Gespräche werden untersucht?

Schultze analysiert ein familientherapeutisches Erstgespräch, welches an in der „Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie“ in Göttingen geführt wurde. In dieser Abteilung werden alle „gängigen“ ambulanten Behandlungsformen sowie stationäre Verfahren angeboten. Insbesondere mit den Vertretern der familientherapeutischen Disziplin kam es zu einer erkenntnisreichen Zusammenarbeit.

5.3.4. Welche Funktionen hat das familientherapeutische Behandlungsgespräch inne?

Schultze beschreibt die wichtigsten Richtungen innerhalb des familientherapeutischen Behandlungsverfahrens, kommt jedoch zum Ergebnis, dass es weitaus mehr Ähnlichkeiten denn Unterschiede zwischen diesen gibt. Sowohl in der Darstellung ihrer Erklärungsmodelle von „psychischer Erkrankung“, als auch im Behandlungsablauf des Erstgesprächs, genauso wie in der, jedem Erstgespräch zugrundeliegenden Zielarbeit weisen alle familientherapeutischen Ansätze Gemeinsamkeiten auf. Unterschiede liegen eher in den theoretischen Formulierungen denn in deren praktischen Umsetzungen, lediglich in der Art zu intervenieren, sei es

etwas mehr oder etwas weniger direktiv, finden sich minimale Abweichungen. Für alle untersuchten Verfahren jedoch fanden sich folgende 3 *gemeinsamen Charakteristika*: *Erstens*: Familientherapeutische Erstgespräche werden als Gespräche mit eindeutig therapeutischer Funktion in einer Gruppe von zwei- bis mehreren Personen durchgeführt. Das sprachliche Verhalten der Therapeutin/ des Therapeuten ist dabei eindeutig als gesprächskonstituierend einzustufen. *Zweitens*: Die Therapeutin/ der Therapeut betrachtet das spezifische sprachliche inner-familiäre Verhalten seiner Klienten und Klientinnen als manifest, das bedeutet, dass spezielle kommunikative Stile auch für den Verlauf und das Zustandekommen spezieller psychischer Störungen verantwortlich sein können. *Und Drittens*: Die Familientherapeutin/ der Familientherapeut sollte in der Lage sein, sein „Repertoire an therapeutischen sprachlichen Handlungen“ jeweils an den Kontext, in welchem sich das laufende Gespräch mit der Familie gerade befindet, anzupassen bzw. zu verändern.

Schultze beschließt die Betrachtungen dieses Abschnitts jedoch damit, zusammenfassend festzustellen, dass diese drei eben genannten Charakteristika ebenso auf andere Formen therapeutischer Gespräche anzuwenden wären.

5.3.5. Familientherapie: Konzepte und Probleme aus gesprächsanalytischer Sicht

Dieses Kapitel widmet sich ebenfalls den Ähnlichkeiten der unterschiedlichen familientherapeutischen Schulen, jedoch auch den Problemen, welche aus gesprächsanalytischer Sicht entstehen können oder bereits bestehen. Schultze konstatiert, dass eine Gemeinsamkeit aller familientherapeutischer Verfahren auf ihrem institutionellen Bezug beruht, eine andere Gemeinsamkeit das sprachliche Handeln als eine zentrale, grundlegende Funktion aller Verfahren ausmacht. Genau dieses sprachliche Handeln, bzw. seine Funktion kann allerdings auch zu Problemen bei der Interaktion führen, nämlich dann, wenn die verbalen Interaktionen nicht als zentrale Funktion aller Gesprächsteilnehmer betrachtet werden, sondern die, durch Therapeutin/ Therapeuten getätigten Aussagen stärker gewichtet werden. Dies bedeutet, dass der therapeutisch-subjektiven Sicht mehr Aufmerksamkeit zuteil wird und dadurch ein spezieller, hierarchischer Gesprächstyp erzeugt wird. Als problematisch hierbei erweist sich die möglicherweise zugrundeliegende Idee, die Anamnese würde rein der Datengewinnung dienen, der „institutionalisierte

Expertendiskurs“ steht im Vordergrund und die Rolle der Klientinnen/ Klienten wird aus dem Mittelpunkt an den „Antworte“- Rand gedrängt. Diese Beobachtung soll, so Schultze, wohl die möglichen Gefahren aufzeigen, die aus gesprächsanalytischer Sicht während eines therapeutischen Erstgesprächs den Teilnehmern widerfahren können.

5.3.6. Bedeutung des Begriffs „Institution“ im familientherapeutischen Kontext

In diesem Kapitel wird der Frage nachgegangen, inwiefern institutionengeleitetes Handeln und familientherapeutischer Diskurs zusammenspielen. Indem vonseiten der Therapeutin/ des Therapeuten (unbewusst?) von einer institutionell geprägten Gesprächssituation ausgegangen wird, orientiert sich der beobachtete Diskurs auch an einer solchen. Daher scheint auch die zuvor genannte Gefahr einer allzu vehementen Umsetzung von Diagnose- und Behandlungsstrategien gegeben. Denn diese „institutionelle Prägung“ beinhaltet die Anwendung von gewissen „institutionsspezifischen Diskursregeln“, welche von den Teilnehmern (unbewusst?) ausgeführt werden. Schultze erkennt anhand der Auswertung seiner beobachteten Gespräche, dass institutionengeleitete Vorannahmen aufseiten der Familientherapeutinnen/ der Familientherapeuten, deren jeweiliges Gesprächsverhalten deutlich erkennbar beeinflussen. Im familientherapeutisch orientierten Erstgespräch sind demnach aus gesprächsanalytischer Sicht sowohl therapie- als auch familientherapiespezifische Merkmale relevant ausgeprägt und deutlich institutionengeleitet.

5.3.7. Handlungsmuster im familialen Kontext

Im vorangegangenen Kapitel wurde das sprachliche Verhalten der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten genauer betrachtet, und die Tendenz zum institutionengeleiteten Sprechmuster erkannt und beschrieben, so wird in diesem Kapitel auf die sprachlichen Handlungsmuster der betroffenen Familien geblickt. Zum einen unterscheiden sich die Gesprächsteilnehmer in ihrer Anzahl voneinander. Die Mitglieder der Familien haben jeweils unterschiedliche Rollen und damit verbundene unterschiedliche Handlungsmuster inne. Aufgrund der spezifischen Gesprächssituation, welche (da es sich ja um das Erstgespräch handelt) ungewohnt für die jeweiligen Sprecher sein mag, kann es zu unterschiedlichen

Rollenzuweisungen oder auch –annahmen während des ersten Gesprächs kommen. In der Praxis bedeutet das, dass z.B. Eltern-Kind Sequenzen durch Therapeutin - Klient Sequenzen abgelöst werden, also typische Sprecherkonstellationen aufgelöst und durch untypische bzw. ungewohnte Sprecherkonstellationen ersetzt werden. Diese Beobachtungen werden anhand der bereits ausgewerteten Transkripte der familientherapeutischen Sitzungen gemacht. Es folgt eine ausführliche Darstellung und gesprächsanalytischen Auswertung aller getätigten Äußerungen zwischen (in diesem Fall) dem Therapeuten, seiner Co-Therapeutin, den Eltern, also Mutter und Vater, und deren Sohn. Das spezifische familiäre und das familientherapeutische Gesprächsverhalten werden verglichen und die Unterschiede aufgezeigt und die wechselnden Rollenaufteilungen nochmals diskutiert.

5.3.8. Konstitutive Merkmale im familientherapeutischen Erstgespräch – Ergebnisse der Analyse

Nach der Untersuchung und Analyse der familientherapeutischen Erstgespräche kommt Carsten Schultze zur von ihm anfangs angekündigten Festlegung und Beschreibung der konstitutiven Merkmale, sowohl im therapeutischen als auch im familialen Gesprächsverhalten. Die Unterschiede zwischen therapeutisch-professionellen sprachlichen Handlungen zu kliententypischen sprachlichen Handlungen werden erneut deutlich gemacht. Die „familientherapiespezifischen Merkmale“ werden im therapeutischen Gesprächsverhalten werden im Folgenden gekürzt, aber relativ originalgetreu wiedergegeben (vgl. Schultze: 226ff).

Merkmale der Turnproduktion der Familientherapeutinnen/Familientherapeuten

Eine hohe Gesprächsbeteiligung und ein gleichmäßig hohe Turnproduktion werden festgestellt.

Spezifische Kommunikationsformen in offener und verdeckter Kommunikation

Offene Kommunikation wird als eine, dem Einzeltherapiegespräch ähnliche, Kommunikationsform beschrieben, indem ein Mitglied der familiären Gruppe von Therapeutin oder Therapeut einzeln angesprochen wird, jedoch immer unter offenkundiger Berücksichtigung der Anwesenheit aller Personen. Indem die Familienmitglieder voreinander abwechselnd durch die Therapeutin/ den Therapeuten angesprochen werden, entsteht nach einiger Zeit eine Art „familiäre

Subkommunikation“, die einen authentischen Einblick in die jeweilige Alltagskommunikation der Familie ermöglicht. Die Bezeichnung „verdeckte Kommunikation“ wird für eine, meist kurze Besprechung zwischen Therapeutin und Co-Therapeuten verwendet, und findet demnach nur im Falle eines Settings mit Co-Therapeuten/Co-Therapeutinnen statt. Das *Adressierungsverhalten der Familientherapeuten und Familientherapeutinnen* ist ein weiteres konstitutives Tool, indem alle Familienmitglieder im ersten Teil des Gespräches einfach adressiert werden, während gegen Ende der Sitzung Mehrfachadressierungen angewendet werden. Ähnlich verhält es sich laut Schultze mit den *thematischen Präferenzen der Familientherapeuten und Familientherapeutinnen*. Dominieren zu Beginn der Sitzung Einzel- Personen- bezogene Themen, wie Fragen zu Biographie und sozialem Umfeld, so werden ca. ab der Gesprächsmitte familiäre Themen bevorzugt auftreten. Dadurch soll eine günstigere, „familial- interaktive“ Sichtweise bei den Familienmitgliedern erreicht werden. Institutionelle Bedingungen werden lediglich zu Gesprächsbeginn und nach Abschluss des offiziellen therapeutischen Teils der Sitzung angesprochen. Als fünften und letzten Punkt erläutert der Autor, welche Besonderheiten ihm bei der Frage nach den *Sprechhandlungspräferenzen der Therapeutinnen/des Therapeuten* aufgefallen sind. Direktive Sprechhandlungen, wie z.B. Ergänzungs- oder Entscheidungsfragen, kommen eher zu Beginn der Gespräche vor, hingegen werden interpretierende Fragen am häufigsten in der Mitte des Erstgesprächs gestellt werden. Relationale Sprechhandlungen, wie z.B. kommentierende Interpretationen, finden deutlich eher zu Beginn der Gespräche statt, auf mitteilende Handlungen wird weitgehend verzichtet. Als für das familientherapeutische Erstgespräch spezifisch wird eine Kombination von Fragetypen und Kommentartypen, also direktiven und relationalen Sprechhandlungen, festgestellt.

Parallel dazu wurden auch fünf Bereiche familienspezifischer und kliententypischer Merkmale beschrieben. *Die Merkmale der Turnproduktion der Familienmitglieder* beschreiben eine tendenziell asymmetrische Aufteilung der Turnproduktionen, welche meist auch über den gesamten Gesprächsverlauf hinweg bestehen bleiben. *Das Vorhandensein von offener Kommunikation* innerhalb einer familialen Struktur macht deutlich, dass es bei einer Gruppe von mehr als zwei Familienmitgliedern immer zu einer Verbindung von zwei Personen kommt, welche übereinstimmende Gesprächsziele verfolgen. Gegen Ende des Erstgesprächs ist eine Auflockerung der

„zweier- Verbindung“ hin zu einem offenen Austausch jeweils eines Familienmitglieds mit einem anderen zu beobachten. Parallel zum therapeutischen findet sich auch bei den Familienmitgliedern ein interessantes *Adressierungsverhalten*. Einfachadressierungen werden genauso bevorzugt, wobei jedoch im Gegensatz zum Sprechverhalten der Therapeutin/ des Therapeuten keine völlige Neutralität, sondern im Gegensatz immer eine deutliche Präferenz demonstriert wird. Es kommt daher zu sogenannten Achsenbildungen zwischen den Familienmitgliedern untereinander und jeweils in Richtung der Therapeutin/ des Therapeuten. Welche sind nun die *thematischen Präferenzen der Familienmitglieder*? In erster Linie handelt es sich um Beiträge mit den Sprechern selbst oder den anderen Familienmitgliedern, welche im thematischen Fokus stehen. Die eigenen und anderen Verhaltensmerkmale und deren psychologische Aspekte werden bevorzugt thematisiert, Schultze sieht hier eine Kongruenz mit den relevanten thematischen Aspekten der Familientherapeuten. Abschließend wird noch die *Sprechhandlungspräferenz der Familienmitglieder* beleuchtet. Am häufigsten konnten positionale Sprechhandlungen mit einem Fokus auf der Gruppe der mitteilenden Sprechhandlungen beschrieben werden, zur Gruppe der relationalen Sprechhandlungen gehören Bewertungen, Zustimmungen und Ablehnungen, welche ebenfalls häufig eingesetzt wurden. Komplementär zur therapeutischen Sprechhandlungspräferenz lässt sich feststellen, dass bei der einen beobachteten Gruppe dominierende Sprechhandlungen bei der anderen Gruppe einen eher marginalen Platz einnahmen.

Das konfliktreiche Interagieren zwischen den einzelnen Familienmitgliedern lässt sich trotz der „künstlichen“ Gesprächssituation anhand dieser konstituierenden Merkmale nachvollziehen. Der Grund dafür könnte sein, dass durch diese eben genannten Sprechhandlungen eine innerfamiliäre, re-aktualisierte Konfliktsituation hergestellt werden kann und im Idealfall durch das Setting des Behandlungsgesprächs und mithilfe der Sprechhandlungen der Therapeutin/ des Therapeuten aufgelöst werden kann.

5.3.9. Schlussworte und Ausblick der Untersuchung

Schultze beschließt seine Studie mit einem Exkurs über die Grenzen und Probleme der gesprächsanalytischen Therapiegesprächsforschung, betont die Schwierigkeit, die Alltagskommunikation einer Familie in einem institutionell-therapeutischen Rahmen

„natürlich“ wiederzugeben und erläutert zudem die Schwierigkeit, ein Erstgespräch zu analysieren, wenn die Familie sich nicht „compliant“ zeigt. Der Gesprächsforscher zeigt abschließend auf, in welcher Weise die linguistische Forschung den psychotherapeutischen Expertinnen und Experten zu Nutzen sein könnte, nämlich indem Sprache bewusst verwendet wird, um „kränkende“ und „krankmachende“ Verhaltensweisen aufzuzeigen und zu thematisieren.

5.4. Marion Petzhold: Eröffnung und Beendigung von klientenzentrierten Therapiegesprächen

Die dritte, im Rahmen dieser Diplomarbeit vorgestellte Forschungsarbeit erfüllt nicht alle zu Beginn, bei der Entwicklung der Fragestellung, aufgestellten Kriterien. Zum einen handelt es sich um eine Diplomarbeit, eine für wissenschaftliches Arbeiten ungern verwendete Quelle. Und zum anderen wird in dieser Arbeit eine konversationsanalytische Untersuchung der Eröffnungs- und Beendigungsphasen von therapeutischen Gesprächen untersucht, und nicht ausschließlich das Erstgespräch. Auf das dieses wird jedoch einige Male Bezug genommen, da es beim dabei augenscheinlich zu Auffälligkeiten in der Eröffnungsphase kommt (vgl. Petzhold Kapitel 6: 52). Einige inhaltliche Aspekte, sowie die jeweils konversationsanalytischen Überlegungen dazu, scheinen jedoch sehr interessant und aufschlussreich zu sein und werden daher trotz möglicher „wissenschaftlicher Bedenken“ erwähnt. Und ein weiterer Aspekt war für die Wahl dieser Arbeit ausschlaggebend, nämlich die zugrundeliegende psychotherapeutische Methode, die klientenzentrierte Psychotherapie (siehe auch Kapitel 5.4.6. der vorliegenden Arbeit). Damit werden drei Untersuchungen mit jeweils einer anderen, unterschiedlichen therapeutischen Fachrichtung vorgestellt.

5.4.1. Inhaltsüberblick und Forschungsfrage

Mit ihrer Arbeit möchte Marion Petzhold einen genauen Blick auf die Phasen zu Beginn und zu Ende von therapeutischen Gesprächen werfen. Was passiert in diesen Momenten aus konversationsanalytischer Sicht? Welche Besonderheiten können festgestellt werden? Welche „Funktion“ haben diese Phasen des therapeutischen Gesprächs inne? Petzhold untersucht, ob während der fünf Einheiten dauernden, von ihr ausgewerteten therapeutischen Behandlung eine beobachtbare Veränderung

während dieser Phasen geschieht, und an welchen Merkmalen diese erkennbar sein könnte.

In einem einleitenden Kapitel wird die therapeutische Kommunikation als Forschungsgegenstand vorgestellt. Die unterschiedlichen Untersuchungsansätze und vielseitigen Fragestellungen können nur schwer zusammengefasst werden, da sie ein relativ heterogenes Bild ergeben. Somit weist die Forscherin darauf hin, dass es unmöglich sei, aufgrund dieser Heterogenität von „einem aktuellen Forschungsstand im Bereich Therapiegespräch“ zu sprechen oder diesen überblicksmäßig wiederzugeben. Im Anschluss an diese Überlegungen zum therapeutischen Gespräch und der zusammengefassten Darstellung einiger, für ihre Arbeit interessant scheinende Studien zu ihrem Thema wendet die Autorin sich der therapeutischen Fachrichtung der klientenzentrierten Psychotherapie zu. Diese, von Carl Rogers begründete, Therapiemethode stellt die Person, nicht das Problem in den Mittelpunkt des Gespräches, Klientinnen und Klienten sollen auf diese Weise ihre (möglicherweise) verborgenen Fähigkeiten entdecken und sich bewusstmachen, um in weiterer Folge der Therapie eigenständig Lösungsansätze für sich entwickeln zu können. Die Therapeutin/ der Therapeut übernimmt eine nicht- direktive und unterstützende Funktion, wobei nach Rogers ihre/ seine Empathie, unbedingte Wertschätzung und Selbstkongruenz maßgeblich für den Verlauf und idealerweise Erfolg der Therapie verantwortlich sind.

5.4.2. Das Datenmaterial

Für ihre Untersuchung wählte Petzhold Tonbandaufnahmen von fünf aufeinanderfolgenden Sitzungen zwischen einer klientenzentrierten Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision und ihrer Klientin. Die Anzahl der Sitzungen wurde zuvor festgelegt, lediglich eine Option auf Verlängerung um weitere fünf Sitzungen wurde angesprochen.

5.4.3. Die Phasen eines Gesprächs. Eröffnungs- und Beendigungsphasen

Gespräche gelten als zeitlich begrenzte, verbale Interaktionen, welche in Dialogform stattfinden und zumeist einen oder mehrere thematische Richtungen einschlagen⁴. Damit Gespräche stattfinden können und ein Kommunikationsablauf zustande

⁴ Petzhold bezieht sich hier auf die Arbeit von Brinker/ Sager (2001) zur linguistischen Gesprächsanalyse.

kommen kann, müssen die Sprecher handeln. Diese Abläufe können in den Eröffnungs- und Beendigungsphasen realisiert werden, sie können jedoch auch nicht realisiert werden. Z.B. wenn ein vorangegangenes Gespräch abrupt unterbrochen wurde, wird die Eröffnungsphase unter Umständen wegfallen und das Thema des Gesprächs mit der Kernphase sogleich wiederaufgenommen. Sollte, wie im soeben genannten Fall, das Thema abrupt unterbrochen worden sein, ist es wahrscheinlich nicht zu einer vollständigen Beendigung des Gespräches gekommen. Im vorliegenden Fall von Therapiegesprächen und ihren jeweiligen Eröffnungsphasen ist die Untersuchung dahingehend gelagert, welche Merkmale im speziellen bei den betrachteten Gesprächsphasen als „spezifisch psychotherapeutisch“ identifiziert werden können.

5.4.4. Erkenntnisinteresse und Erkenntnisgewinn- Eröffnungsphase

Angenommen wird noch vor Analyse der Gespräche, dass während des Erstgesprächs die Eröffnungsphase am ausführlichsten ist, da erste „Situationsdefinitionen“ verhandelt werden und die gegenseitigen Erwartungen an das folgende Gespräch diskutiert werden. Des Weiteren geht die Forscherin davon aus, dass der Übergang von der Eröffnungsphase in die mittlere, sprich: Kernphase des Gesprächs im Erstgespräch noch weniger „reibungslos“ verläuft als das in den folgenden Gesprächen der Fall sein wird. Nach der Durchführung der Untersuchung und erfolgter Analyse der fünf klientenzentrierten Therapiegespräche bestätigt sich die erste Annahme der Autorin, nämlich die viel ausführlichere Eröffnungsphase während des ersten Gesprächs. Die Teilnehmerinnen des Gesprächs, Therapeutin und Klientin, begeben sich in eine eigene Meta-Ebene, indem sie in der Eröffnungsphase über die für sie jeweilige Bedeutung des ersten Gesprächs interagieren. Auch in den folgenden Gesprächen werden Anzahl und Bedeutung derselben jedes Mal thematisiert, jedoch weniger ausführlich. In ihrer zweiten Annahme sieht sich Petzhold nicht bestätigt, da die Übergänge von Eröffnungs- zu Kernphase nicht beobachtbar einfacher oder reibungsloser vonstatten gehen.

5.4.5. Erkenntnisinteresse und Erkenntnisgewinn- Beendigungsphase

Für die Auswertung der Gespräche stellt die Forscherin drei Fragen zu Beendigungsphase in das Zentrum ihrer Analyse. Inwiefern ändert sich der „Charakter“ der fünf Schlussphasen im Laufe der fünf Therapiegespräche? Gibt es

einen erkennbaren Unterschied vom ersten bis vorletzten zum schließlich letzten Gesprächsende? Wird diese Gesprächssituation des „endgültigen Abschließens“ mit anderen sprachlichen Mitteln gestaltet? Die letzte Fragestellung bezieht sich auf das Verhältnis von Beendigungsphasen in Alltags- und Therapiegesprächen.

Als besonders auffällig wird das Bemühen der Therapeutin am Ende jedes Gespräches um einen „guten Schluss“ beschrieben, welches sich wie ein roter Faden durch die gesamte Gesprächsreihe zu ziehen scheint. Dieser besteht aus dem ersten Teil der Beendigung, in welchem die abgelaufene Zeit angesprochen wird und dem zweiten Teil, welcher eine Aufforderung an die Klientin, ein Schlusswort zu finden, beinhaltet. Dieses Anstreben eines „guten Schlusses“ ist im letzten Gespräch am deutlichsten zu erkennen. Ein deutlicher Unterschied zu den vier vorangegangenen Gesprächen und ihren Beendigungsphasen ist an der zeitlichen Einleitung derselben zu erkennen. Die Therapeutin beginnt bereits in Minute 36 (von 50) mit den Beendigungsritualen, indem sie auf die ablaufende Zeit hinweist. Die letzte Frage wurde zum Verhältnis therapeutischer und alltäglicher Gesprächssituationen gestellt. Hier ist deutlich erkennbar, dass die Beendigung der therapeutischen Gespräche durchgängig von der Therapeutin eingeleitet werden, die Interaktionsrollen sind demnach asymmetrisch verteilt. Im Gegensatz dazu kommt es in Alltagsgesprächen zu einer symmetrischen und „gleichwertigeren“ Aufteilung der Interaktionsrollen, der Eintritt in die Beendigungsphase kann und wird von beiden Sprecherinnen/ Sprechern eingeleitet werden.

5.4.6. Zusammenfassung- Ausblick

Petzhold fasst die Ergebnisse ihrer Studie noch einmal zusammen und entwirft das Bild einer „rituellen Klammer“ durch die Eröffnung und Beendigung der von ihr untersuchten Therapiegesprächs-Reihe. Sie weist auf einige, gleichbleibende Muster in jeweils Eröffnungs- und Beendigungsphase hin. Insbesondere das Bemühen der Therapeutin, das Gespräch nicht abrupt, sondern langsam und mit Bedacht abzuschließen, werden erneut hervorgehoben und noch einmal betont. Dies ist wohl auch eine der auffälligsten Unterscheidungen zum Gesprächstyp „Alltagsgespräch“.

Petzhold beschließt ihre Untersuchung mit zwei weiteren Fragestellungen zur Beendigung von Therapiegesprächen, deren Beantwortung sie jedoch offen lässt, da sie nur im Rahmen größerer empirischer Studien behandelt werden könnten.

6. Erkenntnisgewinn

Welchen Eindruck haben die beschriebenen Arbeiten bei mir hinterlassen? Welche gemeinsamen Ideen und Vorstellungen lassen sich anhand den Arbeiten als möglicherweise ähnlich oder sogar übereinstimmend identifizieren? Wozu würde ich evtl. kritische Worte finden?

6.1. Vergleichende Analyse der drei vorgestellten Studien

Zunächst sollen die drei Untersuchten Studien in einigen Punkten einem Vergleich unterzogen werden. Stefanie Wilke, welche ihre Untersuchung mit dem fachlichen psychotherapeutischen Hintergrund der Psychoanalyse durchführt, hat ein ähnliches Bestreben wie Carsten Schultze, welcher ein familientherapeutisches Setting für seine Untersuchung anlegt. Ihre Fragestellungen nehmen jeweils auf die relativ ungeordnete und unvollständige Menge an Untersuchungen zum therapeutischen Diskurs Bezug und stellen ganz bewusst die erste Begegnung, das erste Gespräch in den Mittelpunkt.

6.2. Was wird untersucht- Daten

Der Datenkorpus bei Wilke ist sicherlich der größte, da sie zwei Gruppen von jeweils ca. 20 Samples mit Erstgesprächen aus unterschiedlichen institutionellen Einrichtungen untersucht. Zu ihrem Datenkorpus sei kritisch angemerkt, dass sie keine weiteren Informationen darüber gibt, bis auf die Aufteilung männlicher/weiblicher Klientinnen und Klienten. Carsten Schultze führt seine gesamte Untersuchung auf ein familientherapeutisches Gespräch zurück. Er übt diesbezüglich in seinem Fazit eine leise Selbstkritik, da er davor warnt, aufgrund der Analyse eines Gespräches Verallgemeinerungen vorzunehmen (Schultze: 252). Marion Petzhold verfügt über einen Datenkorpus von fünf aufeinander folgenden Therapiegesprächen, welche auch gleichzeitig den Ersten und letzten Gesprächstermin beinhalten. Sie bezieht ihre Gespräche als einzige der drei Forscherinnen/ Forscher nicht aus einer institutionellen Einrichtung, gleichwohl sie anmerkt, dass durch das Gespräch selbst ein institutioneller Rahmen konstruiert wird, auch wenn, wie in ihrem untersuchten Fall, eines der Gespräche sogar bei der Klientin zu Hause abgehalten wird. Zu diesem

Punkt werde ich im anschließenden Sub- Kapitel zum Institutionenbereich einige Überlegungen äußern.

6.3. Welchen Standpunkt nehmen die Forscherinnen und der Forscher zum Begriff der Institution ein?

Wilke, Petzhold und Schultze machen jeweils eine deutliche Trennung zwischen Alltagskommunikation und therapeutischer, also institutionell geprägter Kommunikation. Therapeutische Interaktion erfolgt immer aus einem bestimmten Grund und zählt zum zweckgeleiteten sprachlichen Handeln, dennoch muss, wie bereits gesagt, institutionelle Kommunikation nicht automatisch an einen „institutionellen Ort“ gebunden sein, da sie sich an innersprachlichen Merkmalen festmacht. Diese Merkmale haben mit einer gewissen Regelmäßigkeit zu tun, welche die therapeutischen Gespräche ausmacht. Dies bedeutet, dass im Normalfall eine Laien- Experten- Interaktion stattfindet, in einem vorher vereinbarten Rahmen, was Ort und Zeit anbelangt. Dazu kommt noch der finanzielle Aspekt, da üblicherweise die Therapeutin/ der Therapeut von ihren/ seinen Klientinnen zu einem (vorher vereinbarten) Tarif bezahlt wird. All diese Aspekte werden in allen drei untersuchten Arbeiten ausführlich thematisiert und berücksichtigt. Daraus lässt sich meiner Meinung nach schließen, wie wichtig es für den psychotherapeutischen Alltag, bzw. für die Grundvoraussetzungen der psychotherapeutischen Arbeit ist, sich dieser Tatsachen immer bewusst zu sein. In meinem Kapitel über das Erstgespräch wurde das „ideale“ Setting für das psychotherapeutische Erstgespräch ausführlich beschrieben, jedoch komme ich nach der Analyse der drei Arbeiten zum Schluss, dass auch das „idealste“ Setting für ein Erstgespräch nicht so ideal sein wird, wenn der jeweiligen Therapeutin dem jeweiligen Therapeuten nicht der institutionelle Hintergrund mit seinen gewissen Regelmäßigkeiten bewusst ist. Und im Gegenzug dazu kann ein psychotherapeutisches Erstgespräch wahrscheinlich auch in einem Caféhaus oder auf einer Parkbank sitzend abgehalten werden, solange das Bewusstsein für diese Abgrenzung zu einem „normalen“ Alltagsgespräch aufrecht bleibt.

6.4. Welche Methode(n) werden verwendet?

Petzhold und Wilke arbeiten beide mit der Methode der ethnomethodologischen Konversationsanalyse, welche in vorliegender Arbeit im zweiten Kapitel vorgestellt

wird. Sie argumentieren beide die Wahl dieser Analysemethode mit der Möglichkeit, dadurch eine gesprächsrelevante sequenzielle Analyse durchführen zu können. Des Weiteren bekunden die Autorinnen, dass sich für die soeben besprochene institutionelle Kommunikation die wiederkehrenden Merkmale verbaler Interaktion gut und inhaltlich ausreichend analysieren lassen. Schultze stellt eingangs nicht nur die Methode der Konversationsanalyse vor, sondern stellt diese in eine Reihe von, wie er es nennt, „divergierenden Forschungskonzepten in der linguistischen Gesprächsforschung“, da es ihm ein wichtiges Anliegen ist, dieses seiner Meinung nach herrschende „Pluralismusedillema“, welches im Bereich der linguistischen Gesprächsforschung besteht, zu benennen. Eine mögliche Auflösung desselben wird von ihm an dieser Stelle jedoch noch nicht geboten (Schultze: 30ff).

6.5. Wie kann die psychotherapeutische Praxis unter Umständen von den Erkenntnissen dieser Studien profitieren?

Carsten Schultze schlägt mit seiner Untersuchung einen neuen Weg ein, welcher von vielen Fragen und Überlegungen geprägt ist. Seine Arbeit ist durchgehend von einem sehr kritischen und fragenden Leitton geprägt, welcher sich für mich als einerseits sprachwissenschaftliche Leserin und andererseits psychotherapeutisch Geschulte als relativ „schwer fassbar“ und begreifbar machen lässt. Das von ihm entwickelte Kategoriensystem halte ich jedoch für sehr interessant und seine Überlegungen dazu für spannend und bereichernd, insbesondere seine Beschreibung der konstitutiven Merkmale, sowohl im therapeutischen als auch im familialen Gesprächsverhalten. Die Kenntnis dieser Merkmale kann unter Umständen in praktischer Anwendung eine Bereicherung sein und gewisse sprachliche Prozesse verändern oder sogar verbessern.

Stefanie Wilke beschreibt in ihrer konversationsanalytischen Studie sehr genau die Abläufe und Schwierigkeiten im therapeutischen Diskurs. Zwei Erkenntnisse ihrer Forschungsarbeit erachte ich als besonders hilfreich, wenn ich mich in die „therapeutische“ Perspektive begeben. Einerseits ist das Wilkes Feststellung, dass es sich bei der Interaktion zwischen Therapeutin/ Therapeut und Klientin/ Klient um ein „subtiles Aushandlungssystem von Äußerungen, Schweigen und Hörersignalen“ handelt, welches gewissen Regelmäßigkeiten unterliegt, jedoch aufgrund des Wissens darüber, bzw., aufgrund des „Sich- bewusst- machens“ dieser Tatsache auch steuer- und veränderbar sein kann (Wilke: 342). Und andererseits halte ich die Betrachtung der „Interaktionsmuster neurotisch und psychosomatisch erkrankter Klienten“ als sehr

hilfreich und wichtig. In dieser Unterteilung sprachlichen Verhaltens von einerseits „neurotisch“ und andererseits „psychosomatisch“ betroffenen Klientinnen und Klienten wird deutlich, mit welcher unterschiedlichen Erwartungen und Haltungen diese in die Erstgespräche kommen. Für meine Arbeit als Psychotherapeutin behalte ich diesen Aspekt sicherlich für immer in Erinnerung.

Marion Petzhold entwickelt in ihrer Arbeit einen, meiner Meinung nach, ebenfalls sehr hilfreichen Beitrag zum besseren Verständnis für den Ablauf eines Therapiegesprächs. Die ausführliche Betrachtung und Analyse der Eröffnungs- und Beendigungssequenzen während einer „klientenzentrierten“ Gesprächsfolge und die Darstellung der sich wiederholenden Abläufe während dieser Sequenzen kann ebenfalls zu einer größeren „Bewusstmachung“ beitragen.

6.6. Mögliche Gründe für die geringe Anzahl sprachwissenschaftlicher Studien zum Erstgespräch

Das Erstgespräch in der Psychotherapie ist, wie in meiner Arbeit besprochen wird, ein Untersuchungsgegenstand von großem Interesse, jedoch wird dieses Interesse größtenteils mit fachlich-therapeutischen, bzw. psychologischen Untersuchungen und Studien bedient. Spezifisch sprachwissenschaftliche Betrachtungen zum Thema „Erstgespräch“ sind nicht so häufig im wissenschaftlichen Diskurs zu finden, wie z.B. sprachwissenschaftliche Untersuchungen zum allgemeinen therapeutischen Diskurs.

Ich habe mich daher gefragt, wo die Gründe dafür liegen könnten.

6.6.1. Komplexität?

Eine Überlegung diesbezüglich ist, dass es zwar eine Sache ist, den therapeutischen Diskurs und seine sprachwissenschaftlichen Besonderheiten zu beschreiben, eine weitaus schwierigere Anforderung ist es jedoch, das (spezifisch) erste Gespräch detailliert zu analysieren. Das könnte daran liegen, dass es eigentlich viel zu komplex ist und jedes Mal „anders“ abläuft, denn jedes Mal treffen zwei neue, unterschiedliche Charaktere aufeinander.

6.6.2. Ethik?

Meine zweite Überlegung zum Thema Erstgesprächs-Forschung in der Psychotherapie bezieht sich ebenfalls auf diesen Bereich, und ist eine

Schlussfolgerung der ersten getätigten Überlegung. Wenn also der erste Schritt einmal getan ist, dann kommt die Klientin/der Klient also endlich an, und wie bereits gesagt, weiß wahrscheinlich niemand außer der betroffenen Person selbst und vielleicht ihre Nächsten, welchen Weg sie zurückgelegt hat, um zu diesem ersten Gespräch zu kommen. Daher erachte ich es als eine besonders „heikle“ Aufgabe für eine Therapeutin oder einen Therapeuten, ihrer neuen Klientin/ ihrem neuen Klienten die Frage zu stellen, ob es für sie/ihn „in Ordnung“ wäre, wenn ihr Gespräch aufgezeichnet würde. Ist jedoch die Therapie einmal fortgeschritten und der erste „Seelendruck“ bereits gewichen, wird so eine Untersuchung und die damit verbundene Frage auch leichter vorstellbar. Ich nehme an, dass die vorliegenden Untersuchungen auch deshalb weitgehend im institutionellen Bereich durchgeführt worden sind, weil es in einer privaten Praxis noch einmal ethisch schwieriger sein dürfte, solche einen Vorschlag zu machen, es sei denn, wie bereits gesagt, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Therapeutin/ Therapeut und Klientin/ Klient bereits in einem fortgeschrittenen Zustand ist.

7. Schlusswort

In vorliegender Arbeit wurde der Frage nachgegangen, auf welche Weise die sprachwissenschaftliche Forschung sich mit dem Erstgespräch in der Psychotherapie befasst, welche methodischen Ansätze es gibt und wo sich unter Umständen innerhalb dieses interdisziplinären Forschungsbereiches Anknüpfungspunkte für die psychotherapeutische Praxis festmachen lassen. Nachdem meine Forschungsarbeit in diesem Bereich nun fürs Erste abgeschlossen ist, stelle ich wieder und wie immer aufs Neue verwundert fest, welche vielfältige Bereiche die Sprachwissenschaft zu erforschen vermag. Galt mein besonderes Interesse in den Anfängen meiner Studentenzeit noch der interdisziplinären Erforschung von schulmedizinischen Gesprächen, so hat sich mein Interessensfokus im Laufe der Jahre gewandelt und durch meine Ausbildung zur systemischen Psychotherapeutin vom schulmedizinischen Diskurs zum therapeutischen Diskurs hin verändert. Bei der Untersuchung der von mir ausgewählten Forschungsarbeiten über psychotherapeutische Erstgespräche konnte ich erneut feststellen, wie wichtig es sein kann, hin und wieder eine Disziplin (wie in diesem speziellen Fall die Psychotherapie) mit den Untersuchungsmethoden einer anderen Disziplin (in diesem Fall die Sprachwissenschaft) zu betrachten, um z.B. einen anderen Blickwinkel einnehmen zu können oder um z.B. scheinbar „normale“ Vorgänge genauer betrachten zu können und sich ihrer bewusster zu werden.

Die von mir analysierten Studien zum Thema „Erstgespräch“ beinhalten jeweils spezifische Beobachtungen, welche für eine praktische Umsetzung in die therapeutische Arbeit durchwegs geeignet scheinen. Bei Stefanie Wilke sind, neben allen anderen Ergebnissen, sicherlich die unterschiedlichen Interaktionsmuster von besonderem „Anwenderinnen- Interesse“. Carsten Schultzes Beobachtungen hinsichtlich der verschiedenen (und, je nach Sprecherin/ Sprecher anders gelagerten) konstitutiven Merkmale, sowie seine allgemeinen Beobachtungen und Überlegungen zum psychotherapeutischen Erstgespräch sind exemplarisch für den interdisziplinären Ansatz und die weiten Forschungsfelder zwischen Sprachwissenschaft und Psychotherapie. Marion Petzholds Untersuchung von Eröffnungs- und Beendigungsphasen von therapeutischen Gesprächen zeigt, meiner Meinung nach exemplarisch für alle therapeutischen Richtungen, auf, wie wichtig der „gute Rahmen“ für ein gelungenes Erst- und auch Folgegespräch ist. Somit kann ich meine

eingangs gestellte Frage mit „ja“ beantworten. Für mich als angehende Psychotherapeutin UND Sprachwissenschaftlerin sind die Ergebnisse der von mir betrachteten Studien in jedem Fall eine Bereicherung. Diese Erfahrung wird durch einen Wechsel der gewohnten Perspektive und einen neugierigen Blick über den eigenen disziplinären Tellerrand jederzeit möglich und zeigt immer wieder neue, interessante Blickwinkel auf.

8. Bibliographie

ANDERSON, Harlene. 1999. *Das therapeutische Gespräch. Der gleichberechtigte Dialog als Perspektive der Veränderung*. Stuttgart: Klett – Cotta.

ARDUÇ, Maria. 2008. „Stellen Sie sich etwas vor, das zu ihrer jetzigen Stimmung passt“ *Imaginative und emotionale Aspekte des Therapiegesprächs in der Katathym Imaginativen Psychotherapie*. Dissertation: Universität Wien.

ARGELANDER, Hermann. 1992⁵. *Das Erstinterview in der Psychotherapie*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

BANGERT-DROWNS, Robert L. 1986. Review of Developments in Meta-Analytic Method. In: *Psychological Bulletin* Vol. 99: 388-499.

BOESSMANN, Udo/ REMMERS, Arno. 2011. *Das Erstinterview. Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung*. Berlin: Deutscher Psychologenverlag.

COULTHARD, Malcolm. 1997³. *An Introduction to Discourse Analysis*. New York: Longman.

DIEKMANN, Andreas. 2002⁸. *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.

FRANK, Renate (Hrsg.). 2011². *Therapieziel Wohlbefinden. Ressourcen aktivieren in der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

GLASS, Gene V. et al. 1981. *Meta-Analysis in social Research*. Beverly Hills: Sage.

HARGENS, Jürgen. 2011⁴. *Aller Anfang ist ein Anfang. Gestaltungsmöglichkeiten hilfreicher systemsicher Gespräche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

KELLER, Reiner. 2004². *Diskursforschung. Eine Einführung für SozialwissenschaftlerInnen*. Wiesbaden: VS Verlag.

KEMMLER, Lilly et al. 1991. *Sprachgebrauch in der Psychotherapie: emotionales Geschehen in vier Therapieschulen*. Bern et al.: Huber.

KIRCHER, Thilo (Hrsg.). 2013. *Pocket Guide Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.

LABOV, William/ FANSHEL, David. 1977. *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.

LALOUSCHEK, Johanna/ MENZ, Florian/ WODAK, Ruth. 1990. *Alltag in der Ambulanz. Gespräche zwischen Ärzten, Schwestern und Patienten*. Tübingen: Narr.

LALOUSCHEK, Johanna. 2000. Ärztliche Kommunikation und Ethik. In: Schlosser, Horst Dieter (Hrsg.). *Sprache und Kultur*. Frankfurt am Main et al.: Peter Lang.

MENZ, Florian: 1991. *Der geheime Dialog. Medizinische Ausbildung und institutionalisierte Verschleierungen in der Arzt- Patient- Kommunikation*. Frankfurt am Main et al.: Peter Lang.

MORSCHITZKY, Hans. 2007. *Psychotherapie Ratgeber*. Ein Wegweiser zur seelischen Gesundheit. Wien, New York: Springer.

MÜCKE, Klaus. 1998. *Systemische Beratung und Therapie: ein pragmatischer Ansatz*. Berlin: Ökosysteme Verlag.

MUNTIGL, Peter. 2004. Ontogenesis in Narrative Therapy: A Linguistic Semiotic Examination of Client Change. In: *Family Process*, Vol. 43, No. 1: 109 – 131.

NOWAK, Peter. 2010. *Eine Systematik der Arzt-Patient Interaktion. Systemtheoretische Grundlagen, qualitative Synthesenmethodik und diskursanalytische Ergebnisse zum sprachlichen Handeln von Ärztinnen und Ärzten*. Frankfurt am Main et al.: Peter Lang.

PAWELCZYK, Joanna. 2011. *Talk as therapy: psychotherapy in a linguistic perspective*. Berlin: de Gruyter.

PETZHOLD, Marion. 2003. *Eröffnungen und Beendigungen von klientenzentrierten Therapiegesprächen im Verlauf einer Gesprächsreihe. Eine konversationsanalytische Untersuchung*. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

PRIOR, Manfred. 2008³. *Beratung und Therapie optimal vorbereiten. Informationen und Interventionen vor dem ersten Gespräch*. Heidelberg: Carl Auer.

ROMEY, Claudia. 1996. *Die Entwicklung von therapeutischen Fähigkeiten während der Ausbildung zur systemischen Familientherapie*. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

SCHIERHOLZ, Stefan J. (Hrsg.). 2001. *Die deutsche Sprache in der Gegenwart: Festschrift für Dieter Cherubim zum 60. Geburtstag*. Frankfurt am Main et al.: Lang.

SCHOLZE, Margarete et al. (Hrsg.). 1997. *Unterwegs in der systemischen Familientherapie: Reflexionen und Beispiele*. Wien: Facultas.

SCHULZ V. THUN, Friedemann. 1992. *Miteinander Reden. Störungen und Klärungen*. Reinbek bei Hamburg: Rohwolt Taschenbuch.

SCHULTZE, Carsten. 2000. *Linguistische Gesprächsanalyse des familientherapeutischen Erstgesprächs*. Wien: Edition Präsenz.

STUMM, Gerhard (Hrsg.). 2011³. *Psychotherapie. Schulen und Methoden. Eine Orientierungshilfe für Theorie und Praxis*. Wien: Falter Verlag.

UEXKÜLL, Thure von /ADLER, Rolf H. (Hrsg). 1996⁵. *Psychosomatische Medizin*. München [et al.]: Urban und Schwarzenberg.

WATZLAWICK, Paul/ BEAVIN, Janet H./ JACKSON, Don D. 1969. *Menschliche Kommunikation – Formen, Störungen, Paradoxien*. Bern: Huber.

WATZLAWICK, Paul. 2002². *Die Möglichkeit des Andersseins – Zur Technik der therapeutischen Kommunikation*. Bern: Huber.

WHITE, Michael. 2010. *Landkarten der narrativen Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.

WILKE, Stefanie. 1992. *Die erste Begegnung. Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch*. Heidelberg: Asanger.

WOOFITT, Robin. 2005³. *Conversation Analysis and Discourse Analysis. A Comparative and Critical Introduction*. Los Angeles et al.: Sage.

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620> Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz)

ANHANG 1

Akademischer Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Christina Maria Schönbeck
Geburtsdatum	28. Mai 1978
Geburtsort	Amstetten, NÖ
Familienstand	Verheiratet, 2 Kinder

Ausbildung – wissenschaftlicher Werdegang

Seit 09/12	Wiederaufnahme des Studiums Angewandte Sprachwissenschaft, Schwerpunkt Diskursanalyse. Diplomarbeit: „Das Erstgespräch in der Psychotherapie aus sprachwissenschaftlicher Sicht“.
Seit 03/ 13	Ausbildung zur Systemischen- und Familientherapeutin an der LASF (Lehranstalt für Systemische und Familientherapie), Wien
10/10-10/12	Psychotherapeutisches Propädeutikum beim ÖTZ, Wien Abschluss Oktober 2012
Seit 04/09	Ausbildung zum Clinical Study Coordinator an der VSCR (Vienna School of Clinical Research), 2 von drei Modulen abgeschlossen, Wien
09/98- 06/06	Studium Französisch (Diplomstudium, Kombinationspflicht)
09/98- 06/99	Diplomstudium Französisch und Italienisch am Institut für Romanistik in Wien
09/96- 06/97	Studium der Medizin in Wien – Praktikumsprüfungen in Biologie, Chemie, Physik abgelegt.
09/88- 06/96	Gymnasium Wasagasse, 1090 Wien, neusprachlicher Zweig (Französisch)
09/83- 06/88	Volksschule Lycée Français de Vienne, Wien

ANHANG 2

Abstract

In vorliegender Diplomarbeit geht es um die sprachwissenschaftliche Betrachtung von therapeutischem Diskurs und im Besonderen um die unterschiedlichen diskursiven Möglichkeiten, Erstgespräche in der Psychotherapie zu analysieren.

Die Arbeit wurde folgendermaßen gegliedert: Nach der Formulierung der Fragestellung, nämlich auf welche Weise das psychotherapeutische Erstgespräch in der Sprachwissenschaft untersucht wird, werden einige wichtige Methoden der diskursanalytischen Beobachtung vorgestellt und schließlich auch die gewählte Methode zur Untersuchung der Literatur beschrieben. Diese Methode wird unter dem Begriff der Meta- Arbeit eingeführt, da es methodisch um eine Betrachtung auf der Meta- Ebene von sprachwissenschaftlich relevanter Literatur geht.

Anschließend folgen zwei theoretische Kapitel, in welchen die betreffenden Bereiche der Psychotherapie eingehend beschrieben werden. Insbesondere die spezielle Bedeutung des ersten Gespräches, welches von so vielen differenzierbaren und speziellen Momenten geprägt ist, wird hervorgestrichen, jedoch auch die vielfältigen Schulen und Richtungen, welche unter dem Oberbegriff „Psychotherapie“ zu finden sind, finden aufgrund ihrer Komplexität und Verschiedenheit ausführlich Erwähnung.

Das folgende Analysekapitel beinhaltet die genaue inhaltliche Darstellung von drei sprachwissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Erstgespräch in der Psychotherapie, ihre unterschiedlichen diskursanalytischen Betrachtungsweisen werden inhaltlich vorgestellt und im anschließenden Kapitel auch themenbezogen ausgewertet. Eine überwiegend hohe Anwenderinnen/ Anwender- Freundlichkeit kann anhand der Frage, ob und wenn ja, wie sich die theoretischen Ergebnisse der untersuchten Literatur in die Praxis eines „realen“ psychotherapeutischen Erstgespräches übertragen lassen würden, angemerkt werden.

In der abschließenden Zusammenfassung wird die Möglichkeit einer ethischen Einschränkung bei der diskursiven Untersuchung von therapeutischen Gesprächen, jedoch insbesondere Erstgesprächen, ins Auge gefasst und eine grundlegende Offenheit und ein „offen-Sein“ für interdisziplinäre Studien angeregt, da diese durch einen Wechsel des Blickwinkels eine große Bereicherung in der Praxis darstellen, wie anhand der untersuchten Studien auf jeden Fall festzustellen ist.