

## Gelingende und misslingende Beziehungsaufnahmen mit Patientinnen nach Suizidversuch<sup>1</sup>

*Michael Frej, Bernhard Grimmer, Konrad Michel, Ladislav Valach  
& Brigitte Boothe*

### Keywords:

Konversations-  
analyse; Inter-  
aktionsanalyse;  
Erstgespräch nach  
Suizidversuch;  
Kreditierung

**Zusammenfassung:** Suizidversuch ist der wichtigste Risikofaktor für anschließenden Suizid oder weitere Suizidversuche. Es ist von großer klinischer Bedeutung, Patient/innen nach Suizidversuch die Möglichkeit zu guten Gesprächen und einer guten Beziehung bieten zu können, denn die Zufriedenheit der Patient/innen nach dem Initialkontakt spielt eine entscheidende Rolle in der Bereitschaft zu weiteren therapeutischen Kontakten und daher auch für die Suizidprophylaxe. Was sind gute Gespräche mit Patient/innen nach Suizidversuch? Wodurch zeichnen sich von den Patient/innen positiv erlebte Gespräche aus, und wie lässt sich dies auf der Basis empirischen Materials explorieren? Das Ziel der hier vorgestellten Untersuchung von vier Einzelfällen ist die Eruierung von interviewer/innenspezifischen Interaktionscharakteristiken, die mit einer besonders guten oder einer auffällig schlechten Beurteilung des Gesprächs durch die Patient/innen einhergehen. Konversations- und interaktionsanalytische Methoden bieten einen besonders wertvoller Zugang, weil sie es ermöglichen zu verfolgen, wie die Gesprächspartner/innen die Interaktion Zug um Zug entwickeln, wie sie einander ihre Relevanzen verdeutlichen und zur Darstellung bringen und wie kommunikative Züge fruchtbar gemacht oder liegen gelassen werden. Im vorliegenden Artikel werden die Ergebnisse einer solchen Untersuchung von vier Erstgesprächen mit Patientinnen nach Suizidversuch vorgestellt. Aus einem Gesamtbestand von 40 videografierten Erstgesprächen, die am Inselspital Bern aufgenommen wurden, wurden zwei der von den Patient/innen am besten und zwei der am schlechtesten bewerteten Gespräche ausgewählt, transkribiert und untersucht. Dabei wurde gefunden, dass die Interviewer/innen der beiden besonders gut bewerteten Begegnungen durchgehend aufmerksam-empathisch und das Gespräch strukturierend präsent waren. Sie gewährten ihrem Gegenüber genügend Raum zur eigenständigen Entfaltung und Entwicklung der Geschichte ihres Suizidversuchs, deren Produktion sie strukturierend und klärend unterstützten. In den beiden auffällig schlecht bewerteten Begegnungen dagegen wurde die Interaktion einseitig von einer der beiden Gesprächsparteien dominiert. Es entfaltete sich ein Interaktionsmuster, in welchem dem Gegenüber die eigene Relevanzsetzung aufgedrängt wurde.

### Inhaltsverzeichnis

- [1. Einleitung](#)
- [2. Die Untersuchung](#)
- [3. Auswahl der zu untersuchenden Gespräche, Studiendesign und Methode](#)
- [4. Interaktive und kommunikative Aspekte der gut bewerteten Gespräche](#)
  - [4.1 Aspekte der Interventionsgestaltung und Selbstpräsentation der Interviewenden](#)
  - [4.2 Gestische Inszenierung rücksichtsvoller Organisation konflikthafter Sprecher/innenwechsel](#)
  - [4.3 Interaktives Positionierungsverhalten](#)
  - [4.4 Kooperation und Kooperativität](#)
  - [4.5 Humor und andere Zumutungen](#)

<sup>1</sup> Dieser Artikel beruht auf dem Lizenzierungsprojekt des Erstautors (FREI 2008).

[5. Interaktive und kommunikative Aspekte der schlecht bewerteten Gespräche: Gespräch #3 mit Frau Jain](#)

[5.1 Selbstpositionierungsverhalten des Interviewers](#)

[5.2 Metakommunikation](#)

[5.3 Rollenverteilung und Missverständnisse](#)

[6. Interaktive und kommunikative Aspekte der schlecht bewerteten Gespräche: Gespräch #37 mit Frau Oder](#)

[6.1 Übernahme des Rederechts](#)

[6.2 Szenische Rede, "oder?" und die Gefahr der unreflektierten Perspektivenübernahme](#)

[7. Ergebnisse und Diskussion](#)

[Anhang](#)

[Literatur](#)

[Zu den Autoren und zur Autorin](#)

[Zitation](#)

## 1. Einleitung

Trotz der vielfältigen und gut gesicherten Befunde der quantitativ-statistischen Risikofaktorenforschung ist ihre Vorhersage zukünftiger Suizidalität für die Praxis kaum relevant. Eine zuverlässige Einschätzung des Risikos für Suizid oder Suizidversuch ist aufgrund der bloßen Beurteilung der Risikofaktoren im Einzelfall nicht möglich (MICHEL 2002a; JACOBS, BREWER & KLEIN-BENHEIM 1999). Es wurde festgestellt, dass auch mit einer umfassenden Erhebung verschiedenster soziodemografischer, krankengeschichtlich biografischer und psychologischer Variablen bei Patient/innen nach einem schweren Suizidversuch<sup>2</sup> nur eine sehr beschränkte Prognose möglich ist (BEAUTRAIS 2004). Die Stärke der Beziehung zwischen versuchtem und vollendetem Suizid muss als Anzeichen dafür gewertet werden, dass sowohl im Verständnis als auch in Behandlung und Nachbetreuung von Patient/innen mit einem schweren Suizidversuch nach wie vor große Defizite bestehen (ROGERS 2003), denn der wichtigste Risikofaktor für Suizid ist, bereits einen oder mehrere Suizidversuche unternommen zu haben, wobei sich das Suizidrisiko bei Suizidversuchern gegenüber der Durchschnittsbevölkerung massiv erhöht und über viele Jahre stark erhöht bleibt (AJDACIC-GROSS & REHM 2007; HARRIS & BARRACLOUGH 1997). 10 bis 30% der Personen, die Suizid versuchen, sterben später auch an Suizid (AJDACIC-GROSS & JEANNERET 1999). In einer anderen Untersuchung wurde gefunden, dass 20 bis 40% der Suizident/innen einen oder mehrere Suizidversuche in ihrer Vorgeschichte haben (MILLER & PAULSEN 1999), wobei

---

2 "A medically serious suicide attempt was defined as one that required hospital admission for over 24 hours ... and met one of the following treatment criteria: (1) Treatment in specialized units (Intensive Care Unit, Hyperbaric Unit, Burns Unit), (2) surgery under general anesthesia (superficial cuts that did not require surgical repair were excluded); and (3) Extensive medical treatment (beyond gastric lavage, activated charcoal, or routine neurological observations) including antidotes for drug overdoses, telemetry, or repeated tests or investigations. Individuals who attempted suicide by methods with a high risk of fatality, specifically, hanging or gunshot, who were hospitalized for more than 24 hours but did not meet the preceding treatment criteria, were also included." (BEAUTRAIS 2004, S.2)

die Stärke dieser Assoziation durch die beträchtliche Dunkelziffer bei versuchtem Suizid wahrscheinlich noch unterschätzt wird, denn geschätzte 50 bis 75% der Personen mit einem Suizidversuch hatten keinen anschließenden Arztbesuch (AJDACIC-GROSS & JEANNERET 1999) und werden daher von den offiziellen Statistiken nicht erfasst. Verschiedene Autor/innen, darunter James ROGERS (2003) und Konrad MICHEL und Kolleg/innen (MICHEL et al. 2002), erwarten, dass qualitativ-ideografische und erzählbasierte Untersuchungen zu einem verbesserten Verständnis des individuellen Störungsmodells und der prozesshaften Entwicklung zur Suizidhandlung führen und damit zu einer Verbesserung der individuellen Prävention beitragen können. <sup>3</sup> [1]

Ronald DYCK, Anthony JOYCE und Hassan AZIM (1984) konnten zeigen, dass die Zufriedenheit der Patient/innen nach dem Initialkontakt eine entscheidende Rolle in der Bereitschaft zu weiteren therapeutischen Kontakten spielt. Gleichzeitig liegt die Rate der Patient/innen, die nach einem Suizidversuch vereinbarte Nachsorgetermine tatsächlich wahrnehmen, unter 50% (KURZ et al. 1988). Klinisch leitet sich daraus die Forderung ab, diesen Patient/innen bereits im ersten Kontakt die Voraussetzungen zu einer möglichst guten Begegnung zu bieten, da dies unter Umständen die einzige Gelegenheit bleibt, sie zu erreichen. Dies stellt das Behandlungspersonal vor die anspruchsvolle Aufgabe, ab der ersten Begegnung die Grundlage für eine positive und vertrauensvolle Beziehung zu schaffen. Je hilfreicher Patient/innen die frühen Begegnungen erleben, desto größer ist ihre Bereitschaft, sich auf weitere Gespräche und eine therapeutische Beziehung einzulassen, und desto besser fällt tendenziell auch das Ergebnis einer folgenden Behandlung aus (MARZIALI, MARMAR & KRUPNICK 1981; GOMES-SCHWARTZ 1978; HARTLEY & STRUPP 1983). [2]

Hier möchte die vorliegende Arbeit anknüpfen. Durch die detaillierte Einzelfalluntersuchung von Erstgesprächen mit Patient/innen nach Suizidversuch soll ein Verständnis darüber gewonnen werden, wie sich in der Einschätzung der Patient/innen gut bewertete von schlecht bewerteten Gesprächen unterscheiden, um spezifische Interaktionsmerkmale dieser gut und schlecht bewerteten Gespräche identifizieren und daraufhin untersuchen zu können, wie die Interviewer/innen zu einem diesbezüglichen Gelingen beziehungsweise Misslingen beitragen. Die untersuchten Gespräche und die sich darin entfaltende Beziehung werden im Folgenden gleichsam "unter dem Mikroskop" (STREECK 2004) betrachtet, um etwas darüber zu lernen, wie die Interaktand/innen gemeinsam eine positiv oder negativ erlebte Begegnung produzieren. [3]

---

3 Hinsichtlich zukünftiger Forschung zur therapeutischen Beziehung und zur wahrgenommenen Beziehungsqualität fordert beispielsweise Charles GELSO (2009, S.262): "In addition to measurement-oriented studies, research would be especially useful to address questions such as the following: What interactions (...) occur in treatment sessions and entire treatments marked by stronger versus weaker real relationships?"

## 2. Die Untersuchung

In der hier vorgestellten Untersuchung wurden aus einem Bestand von 40 videografierten Gesprächen mit Patient/innen nach Suizidversuch anhand einer Reihe von Kriterien vier Interviews ausgewählt, transkribiert (SELTING et al. 1998) und mithilfe der Konversations- (DEPPERMAN 2008; KALLMAYER 2006; LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004) und Interaktionsanalyse (STREECK 2004, 2006, 2009; STREECK & STREECK 2001) untersucht. Infolge des methodisch bedingten Arbeitsaufwands wurde die Auswahl auf vier Gespräche beschränkt. Die Aufnahmen entstammen alle dem Forschungsprojekt "Towards a Better Understanding of Suicidal Behaviour: Suicide as Goal-Directed Behaviour", das am psychiatrischen Universitätsspital Bern durchgeführt wurde (siehe MICHEL et al. 2002; VALACH, MICHEL, DEY & YOUNG 2002; MICHEL & VALACH 2001).<sup>4</sup> Bei diesen Gesprächen handelte es sich um Erstbegegnungen in einem ans Berner Inselspital angegliederten Kriseninterventionszentrum, wenige Tage bis maximal zwei Wochen nach dem Suizidversuch der Patient/innen. Die Interviewer/innen waren Internist/innen, Psychiater/innen oder klinische Psycholog/innen, die in keinem direkten ärztlichen oder therapeutischen Verhältnis zu den von ihnen interviewten Patient/innen standen. Die interviewenden Ärzt/innen und Therapeut/innen wurden für diese Interviews nicht speziell geschult. Die einzige Vorgabe an die Interviewer/innen bestand darin, kein klassisch klinisches Interview zu führen, sondern "den Patienten zu ermutigen ... die Geschichte zu erzählen, die dahinter steckt" (MICHEL 2002b, S.731). Als einleitende Fragen finden sich verschiedene Versionen der Aufforderung zu erzählen, "was eigentlich passiert ist" oder "wie es soweit gekommen ist". Es blieb bei dieser einen Begegnung zwischen den interviewten Patient/innen und den Interviewer/innen, was die Patient/innen, die vollständig über die Untersuchung aufgeklärt wurden, freiwillig teilnahmen und ihre schriftliche Einwilligung gaben, wussten. Im unmittelbaren Anschluss an diese Gespräche wurden von den Patient/innen das *Pennsylvania Helping Alliance Questionnaire* (*Penn-HAQ*: ALEXANDER & LUBORSKY 1986; BASSLER, POTRATZ & KRAUTHAUSER 1995) – ein zwölf Fragen umfassender Fragebogen zur Erhebung der patient/innenseitig eingeschätzten Qualität der therapeutischen Beziehung (*helping alliance*: LUBORSKY 1976) – und *Becks Depressionsinventar* (*BDI*: BECK, WARD, MENDELSON, MOCK & ERBAUGH 1961) ausgefüllt. Der *BDI*, ein 21 Fragen umfassender Multiple-choice-Fragebogen zur Einschätzung der Depressivität, ist eines der in diesem Bereich am meisten verwendeten und am weitesten verbreiteten Instrumente. Der *Penn-HAQ* wird unter anderem zur Erfassung der Einschätzung der bisher erfolgten Begegnung(en) durch die Patient/innen eingesetzt. In der Originaluntersuchung wurde dieses Instrument gewählt, weil es im Vergleich zu den entsprechenden Fremdbeurteilungs- und Ratingverfahren ein einfach zu handhabendes und wenig zeitintensives Mittel zur Erfassung der Behandlungs- und Beziehungszufriedenheit der Patient/innen darstellt. [4]

4 Schweizer Nationalfondsnummer 320-049313.96.

In der hier vorgestellten Arbeit (FREI 2008) dienten die Fragebogenwerte der Patient/innen zur Selektion des Materials (siehe Abschnitt 4). Die so ausgewählten Gespräche wurden anschließend entsprechend den für eine konversationsanalytische Untersuchung bestehenden Anforderungen transkribiert (SELTING et al. 1998) und dann Schritt für Schritt (DEPPERMAN 2008; KALLMAYER 2006) hinsichtlich struktureller, interaktiver und szenischer Aspekte untersucht.<sup>5</sup> Von besonderem Interesse waren Aspekte des interaktiven Verhaltens der Interviewer/innen, ihr Kommunikationsstil und ihre Eigenheiten in der Gestaltung dieser relativ offenen Begegnung, wobei jedoch klar ist, dass sich ihr Interaktionsverhalten in Gegenwart und Abhängigkeit vom entsprechenden Verhalten ihres Gegenübers manifestiert und ausschließlich in diesem Kontext betrachtet werden muss. Mittels der Konversations- und Interaktionsanalyse (DEPPERMAN 2008; KALLMAYER 2006; LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, STREECK 2004, 2006, 2009; STREECK & STREECK 2001) wurden die gut und schlecht bewerteten Gespräche nach solchen charakteristischen interaktiven Mustern und wiederkehrenden Praktiken des sich gegenseitig "behandeln" abgesehen (KLÜWER 1983; STREECK 2006). Anhand der beispielhaften Explizierung und Untersuchung wiederkehrender und für die jeweilige Begegnung typischer Interaktionsmuster sollte der Frage nach den individuellen und gemeinsamen Praktiken der Interaktionsgestaltung nachgegangen werden (PERÄKYLÄ, ANTAKI, VEHVILÄINEN & LEUDAR 2008). Die dieser Arbeit zugrunde liegende Fragestellung lautete, ob und wie sich die unterschiedlich bewerteten Gespräche hinsichtlich dieser Aspekte des gegenseitigen sich Be-Handeln unterscheiden, und ob sich Gemeinsamkeiten bei den gut oder schlecht bewerteten Gesprächen finden lassen. Die erste Forschungsannahme war, dass sich die zwei gut oder schlecht bewerteten Gespräche untereinander gleichen, das heißt, dass sich bedeutsame Ähnlichkeiten und Übereinstimmungen in der Interaktionsgestaltung und Gesprächsabwicklung der ähnlich bewerteten Gespräche finden lassen. Die zweite Annahme war, dass sich die gut bewerteten von den schlecht bewerteten Gesprächen hinsichtlich ebendieser Merkmale unterscheiden. Das Ziel der Untersuchung war herauszuarbeiten, mit welchen Verhaltensweisen die Gesprächspartner/innen zum Gelingen oder Misslingen dieser Gespräche beitragen. [5]

### **3. Auswahl der zu untersuchenden Gespräche, Studiendesign und Methode**

Die Auswahl der vier untersuchten Gespräche fand unter Berücksichtigung verschiedener Kriterien statt, wobei der Gesamtwert und der Wert des ersten Faktors Beziehungszufriedenheit (BASSLER et al. 1995)<sup>6</sup> des Penn-HAQ die wichtigsten Kriterien waren. Die Datenselektion wurde entlang dieser Fragebogenwerte geführt, weil sie wichtige Anhaltspunkte für die patient/innen-

5 Wobei hier hauptsächlich interaktive und szenische Befunde referiert werden.

6 Der erste Faktor Beziehungszufriedenheit (Typ-I Allianz) bezieht sich auf den affektiven Aspekt der Beziehung zum Therapeuten/zur Therapeutin und der zweite Faktor Erfolgswilligkeit (Typ-II Allianz) auf eher kognitive Aspekte der Zusammenarbeit (BASSLER et al. 1995; BACHELOR & HORVATH 2001).

seitige Zufriedenheit mit dem Verlauf des Gesprächs und der darin entfaltenen Beziehung liefern. Diese Werte wurden als selektives Gütekriterium herangezogen, anhand derer sich die Gespräche entsprechend ihrer Bewertung durch die Patient/innen in eine Rangfolge bringen ließen. Sämtliche Gespräche mit ausreichend vollständiger Datenlage<sup>7</sup> wurden in einem ersten Schritt bezüglich dieser Werte rangiert. Aus den ersten und letzten fünf Gesprächen wurden dann nach Berücksichtigung weiterer Kriterien folgende vier Gespräche ausgewählt:

- Die gut bewerteten Gespräche: Gespräch #5 liegt bezüglich des Gesamtwerts auf dem dritten und Gespräch #34 bezüglich der Beziehungszufriedenheit auf dem zweiten Rang von 34.
- Die schlecht bewerteten: Gespräch #3 liegt auf dem Viertletzten und Gespräch #37 auf dem Letzten von 34 Rängen; beide sowohl hinsichtlich des Gesamtwerts und der Beziehungszufriedenheit. [6]

Bei dieser Auswahl handelt es sich um vier Einzelfälle und nicht um eine Stichprobe mit dem Anspruch auf Generalisierbarkeit. Neben der bloßen Auswahl von zwei besonders gut und zwei auffällig schlecht bewerteten Gesprächen nach dem *Penn-HAQ* wurde versucht, einen Zusammenhang mit der für die erlebte und eingeschätzte Qualität der Interaktion ebenfalls relevanten Depressivität zu vermeiden, weswegen bei der Auswahl der vier Gespräche zudem darauf geachtet wurde, dass die mit dem *BDI* (BECK et al. 1961) erhobene Depressivität in beiden Gruppen ungefähr gleich verteilt ist. Sowohl unter den zwei gut wie unter den zwei schlecht bewerteten Gesprächen findet sich je ein Gespräch mit einer klinisch depressiven Person und eines mit einer Person ohne klinisch relevanter Depressivität.<sup>8</sup> Die verwendete Sprache war insofern ein weiteres Kriterium, als ein sehr gut bewertetes Gespräch nicht berücksichtigt werden konnte, da es auf Französisch geführt wurde. Zudem wurde darauf geachtet, Gespräche mit verschiedenen Interviewer/innen auszuwählen, um Einblick in möglichst unterschiedliche und kontrastierende Interaktionen zu gewinnen.<sup>9</sup> Aus diesen Gründen erklärt sich, dass nicht einfach die tabellenersten oder -letzten Gespräche ausgewählt wurden. Aufgrund dieser Kriterien wurden die genannten Gespräche mit vier Patientinnen zur Analyse bestimmt. Aufgrund der Entscheidung, vier Gespräche mit unterschiedlichen Interviewer/innen auszuwählen und wegen der frühen Wahl des gut bewerteten Gesprächs #5 für eine Voruntersuchung fielen mehrere andere Gespräche mit männlichen Patienten weg, weil sie vom selben Interviewer geführt wurden. Das Geschlecht der Interviewer/innen ist dagegen wie die Depressivität gleichmäßig auf die vier

7 Da nicht bei allen Gesprächen vollständige *Penn-HAQ*-Werte vorhanden waren, reduzierte sich die Gesamtmenge der Gespräche, aus denen diese Auswahl getroffen werden konnte, von 40 auf 34. Es wurde höchstens ein fehlender Wert toleriert (zehn von elf). In diesen Fällen wurde der hypothetische Gesamtwert als arithmetisches Mittel wie folgt errechnet:  $(\sum_{i=1}^{10} 10) * 11 = \sum_{i=1}^{11} 10$ .

8 *BDI*-Werte der zwei gut bewerteten Gespräche: #5: 11, #34: 20, und der zwei schlecht bewerteten Gespräche: #3: 12, #37: 18. *BDI*-Werte ab 18 gelten als Hinweis auf eine klinisch relevante Depression.

9 Im zurzeit laufenden Dissertationsprojekt des Erstautors wird dagegen die Therapeut/innenvariable konstant gehalten. Es werden je sechs Gespräche einer Interviewerin und eines Interviewers untersucht.

Gespräche verteilt: Bei den zwei gut wie bei den zwei schlecht bewerteten Gesprächen findet sich je eine Interviewerin und ein Interviewer. [7]

#### 4. Interaktive und kommunikative Aspekte der gut bewerteten Gespräche

Im Folgenden werden mit kurzen Transkriptauszügen aus den beiden besonders gut bewerteten Gesprächen #5 und #34 mit Frau Ahm und Frau Beer<sup>10</sup> beispielhaft bestimmte Interaktionsmuster und Verhaltensweisen aufgezeigt, wie sie für diese beiden Gespräche typisch sind. Da sich die zwei gut bewerteten Gespräche in vielerlei Hinsicht und insbesondere im interaktiven Verhalten der Interviewenden gleichen, werden sie gemeinsam besprochen. [8]

##### 4.1 Aspekte der Interventionsgestaltung und Selbstpräsentation der Interviewenden

Für die Untersuchung und Beschreibung des Interaktionsstils der Interviewenden bietet sich als Erstes die Untersuchung von der Interventionsgestaltung und Selbstpräsentation an. Wie schneiden die Interviewenden ihre Äußerungen auf ihre Interviewpartnerinnen zu (*recipient design*), und wie präsentieren und positionieren sie sich in diesen Gesprächen? Es folgen zwei Beispiele<sup>11</sup> für die Äußerungs- und Interventionsgestaltung des Interviewers im Gespräch #5 mit Frau Ahm:

- (1) I: (.h)(1) mhm das ist jetzt gerade das wo ich noch ein wenig weiter eh (-) bohren und fragen will ...
- (2) I: ich versuche ein wenig herauszufinden (-) wie denn jemand dazu kommt jetzt gerade *DAS* zu tun ... [9]

Ganz ähnlich die Interviewerin im Gespräch #34 mit Frau Beer:

- (3) I: [°mhm°]=mh-JA (-) jetzt muss ich noch rasch etwas wissen damit ich besser nachkomme (.h) ist das im Rahmen der Schule? dass Sie ...
- (4) I: [ja] (1) darf ich nur einmal auf eh (-) Sa[mstag zurück kommen Sie haben mit  
B: [mhm]  
I: ihrer Mutter darüber reden können?  
B: =ja [10]

Die vier Beispiele veranschaulichen, wie der Interviewer im Gespräch #5 mit Frau Ahm und die Interviewerin im Gespräch #34 mit Frau Beer typischerweise ihre Interventionen gestalten. Da die Beispiele aus ihrem unmittelbaren Kontext genommen sind, ist hier nicht ersichtlich, wie die Interviewenden mit ihren Interventionen regelmäßig sowohl den oberflächlichen als auch den inhaltlichen

<sup>10</sup> Alle Namen geändert.

<sup>11</sup> Alle Gespräche wurden in Schweizer Mundart geführt. Der allgemeinen Verständlichkeit halber wurden die zitierten Beispiele übersetzt und ans Schriftdeutsche angepasst. Groß- und Kleinschreibung wurden der Lesbarkeit wegen, entgegen konversationsanalytischer Usanz, ebenfalls der Rechtschreibung angepasst. Die verwendeten Transkriptionszeichen finden sich im [Anhang](#).

Bezug (*Kohäsion* und *Kohärenz*: DEPPERMAN 2008, S.62-67) zur vorhergehenden Rede ihres Gegenübers wahren. In allen vier Beispielen findet eine Kontextualisierung der Intervention statt: (1) "das ist jetzt gerade das", (2) "DAS", (3) "das" und (4) "Samstag" verweisen auf bereits Erzähltes und knüpfen daran an. In (1) wird ein eben erzähltes Ereignis mit "das ist jetzt gerade das" als besonders relevant markiert. Damit bestätigt der Interviewer die vorhergehende Initialerzählung seiner Interviewpartnerin, die er somit in *interaktiver* Konsequenz als präferierte Folge (S.68-75) bezüglich seiner einleitenden Erzählaufforderung, "kurz [zu] erzählen, was eigentlich passiert ist", kennzeichnet. Andererseits unternimmt er eine thematische Schwerpunktsetzung und vorsorgliche Strukturierung des weiteren Gesprächs: "Das ist jetzt gerade das, wo ich weiter bohren und fragen will". Auch im zweiten Beispiel (2) wird mit "DAS" wieder auf das eben Erzählte als für das weitere Gespräch hoch relevant verwiesen. In (3) unterbricht die Interviewerin mit ihrer ersten Intervention in diesem Gespräch die Initialerzählung von Frau Beer. Sie markiert ihre Frage mit "jetzt muss ich noch rasch etwas wissen" als kurzen Einschub. Indem sie ihre Intervention so als Zwischenfrage kennzeichnet, zeigt sie Frau Beer an, dass das Gespräch nach der Klärung dieser Frage an dieser Stelle fortgesetzt werden soll. Die *lokale Kohärenz* (SACKS 1987) wird vorübergehend suspendiert und diese Suspendierung wird dem Gegenüber als vorübergehend kenntlich gemacht. Auch in (4) zeigt sich, wie die Interviewerin ihre Intervention kontextualisiert: Frau Beer endet ihren vorangehenden Redezug, indem sie diesen kurz zusammenfasst, sich zu wiederholen beginnt und leiser wird. Die Interviewerin übernimmt die Rede, indem sie das Vorangegangene mit "mhm ja" bestätigt und sich dann bezüglich ihres Kontextwechsels bei der Patientin rückversichert: "Darf ich noch einmal auf den Samstag zurückkommen", was Frau Beer kooperativ-überlappend mit "mhm" und mit einem direkt anschließenden "ja" wiederum bestätigt. Diese kurze Interaktion gibt damit auch einen ersten Hinweis auf die allgemeine Kooperativität der guten Gespräche (s. Abschn. 4.4). Der Rückbezug auf einen vorangehenden Kontext verläuft flüssig und störungsfrei. Die Interviewerin orientiert sich sowohl in (3) als auch (4) bezüglich der Sistierung<sup>12</sup> der lokalen Kohärenz an ihrem Gegenüber. Rückverweis und Zwischenfrage, endgültiger und momentaner Bruch mit der lokalen Kohärenz werden dem Gegenüber angezeigt.<sup>13</sup> [11]

Mit diesen klärenden und das Gespräch strukturierenden Fragen und Zwischenfragen ist eine spezifische *Selbstpositionierung* (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.196-212)<sup>14</sup> der Interviewenden verbunden: Mit "ich versuche ein wenig herauszufinden" (2) und "jetzt muss ich noch rasch etwas wissen, um besser nachzukommen" (3) bringen sich die Interviewenden als

12 In (3) ist wird die unmittelbare lokale Kohärenz zugunsten der Zwischenfrage der Interviewerin vorübergehend sistiert, in (4) mit einem Rückverweis aufgehoben.

13 Im Gespräch #34 markiert die Interviewerin Brüche mit der lokalen Kohärenz zugunsten eines Rückverweises zudem regelmäßig mit einem namentlichen Ansprechen der Patientin. Dieses namentliche Ansprechen findet mit einer Ausnahme (fünf von sechs) immer in diesem Zusammenhang statt.

14 Positionierung bezeichnet denjenigen Aspekt von Sprachhandlungen, mit dem sich Interaktand/innen soziale Position und Identität zuweisen (LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004, S.196).

aufmerksam interessierte Zuhörer/innen ein. Sie zeigen ihrem Gegenüber an, dass es ihnen wichtig ist, sie und ihre Geschichte zu verstehen. Zudem findet eine Absichtsdeklaration der Interviewenden bezüglich ihrer Interventionen statt: In (2) deklariert der Interviewer den Zweck seiner Intervention als "ich versuche ein wenig herauszufinden" und in (3) nennt die Interviewerin "damit ich besser nachkomme" als Grund für ihre Zwischenfrage. Die Interviewenden verweisen auf die für ihr Verständnis klärungsbedürftigen oder einer weiteren Ausführung nötigen Punkte und sagen, warum sie etwas wissen möchten. Indem die Interviewenden ihre *diskursiven Erwartungen* offenlegen, vereinfachen sie deren Erfüllung. Wenn sie beispielsweise etwas fragen, verdeutlichen sie ihrem Gegenüber regelmäßig, *warum* sie das fragen. Das ist eine Möglichkeit, Kooperation zu sichern. Die Interventionen zeigen in ihrer Äußerungsgestaltung zudem eine behutsame Orientierung am Gegenüber: In den ersten beiden Beispielen wird die durchaus intrusiv formulierte Wissensbegier mit "ein wenig" abgemildert. In (3) bemüht sich die Interviewerin ihrer Gesprächspartnerin zu versichern, dass sie deren Rede nur "rasch" unterbrechen muss und in (4) sichert sie ihren kontextuellen Rückbezug auf "Samstag" und die damit einhergehende Suspendierung der lokalen Kohärenz mit einem "darf ich" ab. [12]

#### **4.2 Gestische Inszenierung rücksichtsvoller Organisation konflikthafter Sprecher/innenwechsel**

Die Untersuchung der Frage, was geschieht, wenn es zu einer Unklarheit oder einem Konflikt bezüglich der Verteilung des Rederechts kommt, liefert weitere Hinweise für die Beurteilung des Interaktionsstils der interviewenden Person. Wer in einem solchen Fall weiterspricht bzw. wie geregelt wird, wer spricht, sind für die Untersuchung der Interaktionsgestaltung wichtige Fragen. Im Folgenden wird anhand zweier Vorfälle beschrieben, wie der Interviewer im Gespräch #5 mit Frau Ahm auf potenziell konflikthafte Sprecher/innenwechsel, also auf Momente reagiert, in denen nicht klar ist, wer jetzt am Zug ist.

- (5) A: ... (.h) und dann habe ich meine Mutter gerufen und Sie ist dann mit mir ins Spital gekommen [(h) und  
I: [gut hmhm] vielleicht-gerade fahren Sie nur fort  
A: und am Dienstag ... [13]

Der Interviewer hatte seine Sitzhaltung seit der Gesprächseröffnung bis zu diesem Zeitpunkt, knapp sechs Minuten im Gespräch, nicht gewechselt. Er saß Frau Ahm in aufmerksam zugewandter Haltung gegenüber, die Beine in ihre Richtung übereinandergeschlagenen und leicht vorgebeugt. Bis hier hielt er ihr den Kopf zugewandt und leicht vorgeneigt, sodass er zu ihr aufschaut, während er ihr zuhört. Synchron mit "gut hmhm" hebt er den Kopf und die rechte Hand, den Zeigefinger ausgestreckt, als wolle er ihr etwas aufzeigen. Es ist das erste Mal in diesem Gespräch, dass er seine Hand gestisch hebt. Er hebt seine Hand auf Gesichtshöhe an, wie um seinen Einsatz zu unterstreichen, und legt sich den Zeigefinger über die Nase. Diese Geste ändert sich mit dem überlappenden "und" von Frau Ahm augenblicklich: Der Interviewer duckt sich synchron zu seinem schnellen "fahren sie nur fort" hinter seine Hand zurück, hält sich diese

mit gespreizten Fingern vors Gesicht und dann vor den Mund. In (5) nutzt der Interviewer Frau Ahms Einatmen zum ersten selbstinduzierten Sprecher/innenwechsel in diesem Gespräch: "Gut" überlappt sich mit dem Einatmen, "hmhm" mit dem "und" von Frau Ahm, womit es zu einem Konflikt über die Verteilung des Rederechts kommt. Für einen kurzen Moment ist nicht klar, wer jetzt am Zug ist. Der Interviewer zeigt mit seinem resümierendem "gut hmhm", dass er die vorangehende, initiale Erzählsequenz von Frau Ahm als abgeschlossen betrachtet. Sie zeigt ihm ihrerseits mit ihrem "und" jedoch, dass sie das Rederecht weiterhin beansprucht. In der Folge bricht der Interviewer den von ihm initiierten Sprecher/innenwechsel ab, hält sich den Mund zu und gibt Frau Ahm das Wort mit "fahren sie nur fort" zurück, woraufhin sie sogleich und ohne zu stocken weitererzählt. Der Interviewer, der mit seinem "gut hmhm" erst die Rede zu übernehmen beansprucht, nimmt sich, als ihm Frau Ahm anzeigt, dass sie ihren Redezug noch nicht beendet hat, sogleich wieder zurück. Neben seinem gestisch unterstrichenem Einsatz kündigt am Punkt, an dem die Geste umschlägt, einzig noch das rasch gesprochene "vielleicht-gerade" von seiner abgebrochenen Intervention.

- (6) A: ... (.h) und dann sind wir eben hierher gekommen  
I: °mhm mhm (.h) mhm° (.h)  
A: =und mein Vater ist dann eben ... [14]

Hier endet Frau Ahm ihre vorangehende Erzählsequenz wiederum damit, wie sie mit ihrer Mutter "hierher" (6), das heißt "ins Spital" (5), gekommen sei. Der Interviewer greift sich ans Kinn und äußert langsam nachdenklich leise Hörerkommentare. Während dieser wiederholten, leisen "mhm" reibt er sich mit der rechten Hand über Kinn und Mund und hält sich schließlich ganz den Mund. Sein Blick ist gesenkt. Zeitgleich mit Frau Ahms "und" hebt er wiederum seinen Kopf und wendet ihr den Blick zu. Er nimmt die Hand vom Mund, atmet hörbar ein und startet wieder eine zeigend-bietende Geste auf Gesichtshöhe, die dann jedoch fällt und in halb ausgeführter Schwebel über dem Oberschenkel verharrt: Die Patientin spricht. [15]

In beiden Beispielen setzt der Interviewer zeitgleich mit Frau Ahm zu einem gestisch angekündigten und begleiteten, selbst induzierten Sprecher/innenwechsel an, den er in der Folge jedoch zugunsten der weiteren Rede seiner Interviewpartnerin unterlässt. Während in (5) noch verbale und gestische Hinweise von der abgebrochenen Intervention des Interviewers zeugen, spielt sich (6) rein auf der non-verbalen Ebene ab. Der Interviewer zeigt Frau Ahm, dass er das, was sie ihm zu erzählen hat, als so wichtig erachtet, dass er (sich) bereitwillig den Mund hält. Der Interviewer hält sich in diesem Gespräch #5 fünfmal die Hand vor den Mund; zweimal wie hier beschrieben im Zusammenhang mit der Organisation konflikthafter Sprecher/innenwechsel, die anderen drei Vorkommnisse können auch als Darstellung nachdenklicher Aufmerksamkeit oder Betroffenheit verstanden werden. Auf jeden Fall nimmt sich der Interviewer in diesen und in anderen Fällen bei einer ungewissen und potenziell konflikthafter Verteilung des Rederechts zugunsten seiner Gesprächspartnerin zurück, was hier zusätzlich gestisch unterstrichen wurde. [16]

Das selbst initiierte Abbrechen einer selbst initiierten Intervention zugunsten der weiteren Rede des Gegenübers ist ein exklusives Charakteristikum der zwei gut bewerteten Gespräche. Im schlecht bewerteten Gespräch #3 redet der Interviewer bei einer unklaren Verteilung des Rederechts in der Regel weiter. Er gibt das Wort in einem solchen Fall erst an seine Interviewpartnerin zurück, wenn er seine Intervention ausformuliert hat und eine neue Frage an sie richtet. Im schlecht bewerteten Gespräch #37 werden die Interventionen der Interviewerin dagegen durch das Weiterreden ihrer Interviewpartnerin abgeklemt. [17]

### 4.3 Interaktives Positionierungsverhalten

Die Untersuchung der Frage, wie Interviewende auf Selbstpositionierungen und Selbstpräsentationen ihrer Gesprächspartner/innen reagieren, liefert Indizien für weitere Aspekte der Interaktionsgestaltung in den gut bewerteten Gesprächen. Ein Aspekt des interaktiven Positionierungsverhaltens des Interviewers von Frau Ahm soll anhand der folgenden zwei Transkriptauszüge verdeutlicht werden:

(7) I: ... (1) jetzt frage ich halt auch wieder etwas ganz dumm halt ähm (2) was hat diese Freundschaft für Euch bedeut-ehm (5) warum war das wohl so eine (-) so eine Krise für Euch (3) ...

(8) I: wenn jetzt ich jetzt Euch in dem Moment wo Ihr (-) da geschnitten habt gefragt hätte (1) ä: (-) ganz blöd gefragt hätte warum macht Ihr das (1) was hättet Ihr mir dann wohl gesagt (1) [18]

Der Interviewer, ein erfahrener Psychiater um die Fünfzig, bezeichnet sich in diesem Gespräch mit der jugendlichen Frau Ahm wiederholt als jemanden, der dumme und blöde Fragen stellt. Diese zwei Beispiele stehen im unmittelbaren Kontext evasiver und einsilbig versiegelter Kommunikation aufseiten Frau Ahms. Die längsten Pausen dieses Gesprächs treten unmittelbar vor (7) auf. Indem sich der Interviewer als "dumm" oder "blöd" bezeichnet, relativiert er seine Position Frau Ahm gegenüber und bricht mit der asymmetrischen Interviewsituation: Er erhebt Frau Ahm zur Expertin über ihre Geschichte und Beweggründe, über die er etwas erfahren möchte. Sie wird durch seine abwertende Selbstpositionierung positiv-kreditierend positioniert und somit in die Lage versetzt, "ihm auf die Sprünge zu helfen", und nicht umgekehrt. Einer explizit als "dumm" oder "blöd" bezeichneten Frage kann zudem die Erwartung zugrunde liegen, man möge der/dem sich als "dumm" oder "blöd", im Sinne von ahnungslos und naiv, präsentierenden Fragesteller/in mit Nachsicht begegnen, ihr/ihm die Frage nicht übel nehmen und sie/ihn am eigenen Wissen teilhaben lassen. In (8) wird damit der durchaus intrusiven Frage nach den Gründen für den Suizidversuch die konfrontative Spitze genommen. Dieses Positionierungsverhalten des Interviewers kann im Sinne eines Bemühens um Nivellierung der begegnungsinhärenten Asymmetrie verstanden werden. An den interaktiven Konsequenzen dieser "dummen" und "blöden" Fragen des Interviewers zeigt sich, dass sie diesen Zweck erfüllen: Die stockende Interaktion wird wieder flüssiger. Schwierige Inhalte können in der Folge gemeinsam angegangen werden. Kurz vor Ende des Gesprächs mit Frau Ahm findet sich die folgende Sequenz:

- (9) I: ... und was habt Ihr hinterher gedacht da im (-) Spital wo Ihr (-) als [das vorbei  
A: [ich habe  
I: [.war  
A: [gedacht] ja ich müsse schon dumm sein das (-) äh wegen einem Mann zu  
machen und (.h) ich habe auch als ichs (h) Frau \*Name erzählt habe (.h) auch  
irgendwie darüber lachen müssen dass man so etwas (-) wegen so etwas  
macht  
I: jetzt frage ich noch einmal etwas Dummes (-) habt Ihr das Gefühl das könne  
wieder passieren in euerm Leben ... [19]

In diesem Beispiel (9) reagiert der Interviewer auf eine abwertende Selbstbezeichnung seiner Gesprächspartnerin als "dumm" seinerseits mit einer "dummen" Frage. Er begegnet der abwertenden Selbstpositionierung von Frau Ahm unmittelbar reziprok mit einer Selbstabwertung. Wenn sie beide dumm sind, ist keine/r der/dem anderen überlegen, und sie begegnen sich auf gleicher Augenhöhe. [20]

#### 4.4 Kooperation und Kooperativität

Kooperation und Kooperativität (die Bereitschaft zur Kooperation) sind durchgängige und wichtige Interaktionsmerkmale der gut bewerteten Gespräche, die sich anhand verschiedener Kriterien beurteilen lassen. Ein erster wichtiger Hinweis liefert beispielsweise die Untersuchung der Sprecher/innenwechsel hinsichtlich der Frage, ob sich die Sprecher/innen mit ihrer Rede kompetitiv überlappen oder ob sie sich, wenn sie sich mit ihren Redezügen ins Gehege kommen, kooperativ ergänzen usw. (DEPPERMAN 2008, S.62-67). Ein Beispiel für eine kooperative Überlappung im Gespräch # 34 mit Frau Beer:

- (10) I: das habt Ihr nicht [gewusst  
B: [nein das] habe ich nicht gewusst [21]

Regelmäßiges Auftreten solcher Überlappungen verweist auf die kooperative Qualität der Interaktion und weist auf ein grundlegendes Einverständnis der Gesprächspartner/innen bezüglich der Ziele der Interaktion hin. Die Untersuchung der Sprecher/innenwechsel liefert so einen wichtigen Hinweis darauf, ob die Gesprächsteilnehmer/innen "am gleichen Strick ziehen" und ob sie mit der Richtung und dem Verlauf der Interaktion einverstanden sind. Eine vielversprechende Interaktion aus der Eröffnung des Gesprächs #5 mit Frau Ahm:

- (11) I: ... und dann kann ich weiter fragen (1)  
A: also das uff mit diesen Tabletten?  
I: =ja das mit [den Tabletten  
A: [also das fängt] eigentlich alles  
ziemlich viel früher an ... [22]

An dieser kurzen Passage ganz zu Beginn des Gesprächs #5 wird ersichtlich, wie beide Gesprächspartner/innen einander in der Erfüllung ihrer gegenseitigen diskursiven Erwartungen unterstützen. Auf die kurze und einladend offene Gesprächseröffnung und Erzählaufforderung des Interviewers, "zu erzählen, wie

das eigentlich passiert ist", stellt Frau Ahm eine Verständnis sichernde Rückfrage. Der Interviewer greift diese umgehend wortwörtlich und bestätigend auf und spielt ihr das Rederecht sogleich zurück, worauf Frau Ahm der Erzählaufforderung nachkommt und, noch während der Interviewer spricht, zu erzählen beginnt. Die Überlappung ist als kooperativ zu betrachten, da Frau Ahm nach der Bestätigung ihrer Frage keine Zeit verliert, der initialen Erzählaufforderung des Interviewers nachzukommen. [23]

Nebst der bloßen Äußerung einfacher unterstützender Signale wie "mhm" und "ja", deren Häufigkeit, Frequenz und Position ebenfalls gewisse Rückschlüsse auf die Kooperativität zulassen, kommt es im Gespräch #34 regelmäßig und über längere Abschnitte zu Überlappungen der Interviewerin mit Frau Beer, die das Rederecht nicht weiter zu beanspruchen scheinen. Zwei Beispiele hierfür:

- (12) B: ... (-) ist jemand der do[*minant erziehen will und einfach der Meinung ist der*  
I: [mhm mhm mhm]  
B: Vater seiderjeni [*ge der das Sagen hat und ich habe mich nie an das*] [*gehalten*  
I: [ja] [ja]  
B: im Prinzip [*habe ich immer das gesagt was ich*] [*will ...*  
I: [*drein geredet*] [*ja*]

- (13) B: ... dann hätte [*ich wahrsch (-) ja*] [*also (-) und dann habe ich irgendwie (-)*  
I: [*hätt ich*] [*geredet*]  
B: plötzlich das Gefühl gehabt (.h) dann gerade in dem [*ent habe ich das*  
Mom  
I: [*ment*]  
B: Gefühl gehabt jetzt muss ichs los werden  
I: =ja [24]

Mittels der Hörer/innensignale und Überlappungen unterstützt und bestätigt die Interviewerin Frau Beer in ihrer Rede. Besonders interessant sind hier die über die einfachen *continuers* wie "ja" und "mhm" hinausgehenden Äußerungen: Einerseits übernimmt die Interviewerin Äußerungen von Frau Beer und spricht mit ihr mit, andererseits bietet sie ihr in überlappender Rede vorweg mögliche Alternativformulierungen an, die sich in diesem Fall von der tatsächlichen Äußerung Frau Beers unterscheiden und einen alternativen Sinnhorizont eröffnen (B: "Gesagt was ich will", I: "Drein geredet"). Dieses Vermischen und Ineinandergreifen der Gesprächsanteile in diesen gemeinsamen Konstruktionen wird zum Beispiel von Belinda LEWIS (1995) und Kathleen FERRARA (1992) als Hinweis auf eine gute Beziehung und gelingende Kontaktaufnahme angesehen. Die zunehmende Verbindung, Vermischung und Kohärenz der Redezüge wird als eine "notwendige Voraussetzung für das Erreichen von Einsicht und beziehungsmaßiger Verbundenheit" (AVDI 2010, S.62) betrachtet. Im zweiten Beispiel (13) nimmt die Interviewerin ihrer Patientin eine antizipierte Äußerung ganz ab: "Dann hätte ich wahrscheinlich geredet". Kooperative Überlappungen wie diese verleiten ab einer gewissen Häufigkeit zu der Annahme, dass sich die Interviewerin in einem identifizierten und engagierten Mitvollzug mit der Rede ihrer Interviewpartnerin befindet. Frau Beer scheint mit ihrer Geschichte bei ihrer Interviewerin anzukommen. Auf jeden Fall wird sie von dieser gehört und laufend

in ihrer Rede unterstützt, bestätigt und ermutigt. Die Interviewerin hört aufmerksam zu und ist ihrer Patientin in empathischer Übereinstimmung nah (AITCHISON 1994; DÍAZ, ANTAKI & COLLINS 1996). Die Beispiele zeigen unter anderem, wie die Geschichte des Suizidversuchs dieser Patientin in Kooperation gemeinsam produziert und verstanden wird (PERÄKYLÄ 2008). In den beiden gut bewerteten Gesprächen finden sich im Gegensatz zu den schlecht bewerteten praktisch keine kompetitiven Überlappungen seitens der Patientinnen. Überlappungen stehen entweder wie oben beschrieben im Nachkommen der an sie gestellten Erwartungen oder im Dienst einer Ergänzung oder der Klärung eines Missverständnisses. Überlappungen seitens der Interviewenden dienen der Klärung offener Fragen und/oder der Strukturierung und Regulierung der Interaktion. Dies steht im Gegensatz zu den beiden schlecht bewerteten Gesprächen, in denen die Interaktand/innen offen um das Rederecht konkurrieren. [25]

Am sinnfälligsten werden gegenseitige Übereinstimmung und Kooperation in den Phasen des Gesprächs, in denen es zu vielen und schnellen, direkt anschließenden oder überlappenden Sprecher/innenwechseln kommt. Hier ergänzen und unterstützen sich die Sprecher/innen wechselseitig in rascher Abfolge und großer Übereinstimmung. Je ein Auszug einer solchen Sequenz aus dem Gespräch #5 mit Frau Ahm (14) und #34 mit Frau Beer (15):

- (14) A: ... findet oder so  
I: ah[a mhm  
A: [weiß] nicht [u meine  
gena  
I: [jaha ist] wichtig  
A: ich gehe ja noch zur Psychologin  
I: aha  
A: und sie hat ... (mz)also ich habe  
I: =und dann noch Iso [meriden  
A: [vierzig] =Isomeriden<sup>15</sup>  
I: =und haben Sie die alle noch rausdrücken müssen oder [oder was  
A: [<<ja>lächelnd<>]  
I: ja? (-) das geht ja ziemlich lange oder?
- (15) I: ... mh-JA (-) jetzt muss ich noch rasch etwas wissen damit ich besser  
nachkomme (h) ist das im Rahmen der Schule? dass Sie das Theater  
B: =nein  
I: =das ist  
B: =private Th[eatergruppe  
I: [ja mhm =genau [26]

Kooperation ist tatsächliche Zusammenarbeit, Kooperativität die Bereitschaft dazu. Diese beiden Beispiele weisen auf die hohe Bereitschaft zur Zusammenarbeit in den beiden gut bewerteten Gesprächen hin. Hochkooperative Interaktivität, wie sie hier zu sehen ist, ist ein wichtiger Hinweis auf die Qualität der Interaktion und der Beziehung. Die Gesprächspartner/innen zeigen sich mit diesem Interaktionsverhalten gegenseitig an, dass eine große Übereinstimmung

bezüglich der gemeinsamen Ziele und Interessen bezüglich des Gesprächsverlaufs besteht (FIEHLER 1999). [27]

#### 4.5 Humor und andere Zumutungen

Die Untersuchung des folgenden Beispiels aus dem Gespräch #34 mit Frau Beer soll zeigen, dass die Interviewenden der gut bewerteten Gespräche ihre Gesprächspartnerinnen nicht einfach nur bestätigen und mit Hörer/innensignalen und überlappenden Äußerungen unterstützen. Mit einer humorvollen Zwischenfrage trägt die Interviewerin von Frau Beer früh im Gespräch entscheidend zur Relativierung der sich entfaltenden, dramatischen Initialerzählung und der damit einhergehenden Selbst- und Fremdpositionierung Frau Beers bei:

- (16) B: ... er hat mich mit einer Macht beherrscht wo ich einfach nichts mehr dagegen machen konnte also er h[at im Prinzip mit mir einfach gemacht was °er wollte°  
I: [mhm]  
*mhm ja (-) hat er sich denn an den Text gehalten wenigstens so [28]*

Diese bemerkenswerte Frage ist, nach der in den Beispielen (3) und (15) besprochenen Zwischenfrage, die zweite Intervention der Interviewerin in diesem Gespräch. Es fällt auf, dass sie mit keinem Wort die vorangegangene, stellenweise drastische Schilderung des sexuellen Übergriffs eines betrunkenen Mitspielers auf dem Theater auf Frau Beer aufgreift ("Pornoszene", "Freiwild", "Schlampe"). Die Interviewerin relativiert und deeskaliert Frau Beers erzählerisches Crescendo gekonnt. Sie übernimmt das Rederecht an einer dramatischen Stelle ("er hat mit mir gemacht, was er wollte") und entdramatisiert die folgende Interaktion auf humorvolle Art und Weise. Sie nimmt einen relativierenden Standpunkt zum Erzählten ein, womit sie Frau Beer unter anderem darauf hinweist, dass das Erzählte vergangen ist und dieses Ereignis mit der gegebenen Distanz zum Beispiel durchaus auch mit einer Prise Humor betrachtet werden kann. Zudem zeigt sie ihr, dass sie die mit ihrer Selbstpositionierung als hilf- und wehrloses Opfer eines sexuellen Übergriffs einhergehenden Rollenzuweisungen nicht akzeptiert. Subtil relativiert und hinterfragt sie die szenischen Anweisungen Frau Beers, die vom erzählten Geschehen emotional überschwemmt zu werden droht. Insbesondere folgt sie aber nicht der impliziten Forderung, Übergriff und Übeltäter zu verurteilen und sich mit Frau Beer in ihrer selbst zugeschriebenen Opferrolle zu identifizieren. Die Interviewerin lehnt so Frau Beers passiv-hilflose Selbstpositionierung als Opfer ab.<sup>15</sup> Das ist eine durchaus riskante therapeutische Taktlosigkeit: "Therapeutik besteht nicht nur in Takt und/oder Respekt, sondern vielfach auch in taktvollen Taktlosigkeiten; Therapeutik muss auch konventionelle Grenzen des Respekts taktvoll durchbrechen können" (BUCHHOLZ 2009, S.129). Dass das Risiko dieser humorvollen, die Positionierungsaktivität von Frau Beer subtil

<sup>15</sup> In diesen Gesprächen soll es unter anderem ja auch um die Erarbeitung eines Verständnisses der aktiven Rolle der interviewten Personen als Täter/innen gegen sich selbst gehen, denn die Klärung und Herausarbeitung der Bedingungen dieser aktiv autoaggressiven Handlungstendenzen ist eine notwendige Voraussetzung für ein Verständnis des Suizidversuchs.

relativierenden therapeutischen Taktlosigkeit aufgeht, zeigt der weitere Gesprächsverlauf. In der Folge staffiert Frau Beer die erzählte Übergriffszene noch etwas weiter aus und nimmt dann, eine halbe Minute später, explizit auf die Frage der Interviewerin Bezug und bestätigt diese lächelnd: "Mit dem Text ist es dann einigermaßen gegangen". [29]

Das Beispiel (16) kann so verstanden werden, dass die Interviewerin quasi mit einem Augenzwinkern regulierend in die Interaktion eingreift und sich eine unabhängige und kritische Position etabliert, die sie sich trotz des im vorherigen Abschnitt besprochenen kooperativen und empathisch-identifizierten Mitgehens gegenüber ihrer Interviewpartnerin und deren Geschichte wahrt. Diese Sequenz kann mit Bernhard GRIMMER (2006) als Kreditierung von Frau Beer verstanden werden. Unter dem Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung (BOOTHE & HEIGL-EVERS 1996; GRIMMER 2006) wird eine (nicht ausschließlich therapeutische) Haltung verstanden, die sich in der "Unterstellung eines Entwicklungspotentials und damit [der] Zuschreibung von Potenz" manifestiert. "Dem Patienten wird eine machtvoll Position zugewiesen und er wird nicht als ein schonungsbedürftiges Opfer behandelt" (GRIMMER 2006, S.100). Frau Beer wird Selbstrelativierung durch Konfrontation mit einem kritischen Gegenüber zugemutet. In beiden gut bewerteten Gesprächen trauen die Interviewer/innen ihren Gesprächspartnerinnen (mitunter humorvolle) Selbstrelativierung zu.<sup>16</sup> Herausfordernde und humorvolle Interventionen wie diese sind, obschon konfrontativ und riskant, durchaus kooperationsorientiert (VEHVILÄINEN 2008). Indem sie das Gegenüber dazu animieren, in dessen Erzähl- und Interaktionsverhalten angelegte Erwartungen und Rollenzuweisungen an den/die Interviewer/in zu hinterfragen und damit einhergehende Rollenselbstzuschreibungen zu durchbrechen, ermöglichen solche Interventionen eine neue Sicht auf das Vergangene (und/oder die gegenwärtige Interaktion). So wird das Erzählen einer neuen Geschichte möglich, einer anderen Geschichte als der, die im Erzähler oder der Erzählerin bereits "angelegt" ist. [30]

## **5. Interaktive und kommunikative Aspekte der schlecht bewerteten Gespräche: Gespräch #3 mit Frau Jain**

Die beiden hier untersuchten, schlecht bewerteten Gespräche unterscheiden sich im Unterschied zu den gut bewerteten hinsichtlich so vieler Aspekte, dass sie nicht gemeinsam besprochen werden können. Die Analyse der schlecht bewerteten Gespräche wird sich jedoch wiederum auf ausgewählte Beispiele stützen, die auffällige und für das entsprechende Interview charakteristische Merkmale und Interaktionsmuster verdeutlichen. Müsste man sich auf ein übergreifendes Merkmal zur Charakterisierung der wichtigsten Differenz zwischen den gut und schlecht bewerteten Gesprächen festlegen, so wäre dies der jeweilige Umgang mit der der Interviewsituation zugrunde liegenden Symmetrie/Asymmetrie.<sup>17</sup> Während sich in den gut bewerteten Gesprächen

---

16 LUBORSKY (1984, S.88): "Convey recognition of the patient's growing ability ...".

17 Die Interviewsituation ist insofern asymmetrisch, als die Interviewer/innen aufgrund ihrer Profession einen gewissen Erfahrungs- und Wissensvorsprung im Umgang mit solchen

regelmäßig Hinweise für ein Bemühen der Interviewer/innen finden lassen, die asymmetrische Interviewsituation zu nivellieren, zeichnen sich die schlecht bewerteten Gespräche durch eine prononcierte Asymmetrie aus. Plakativ gesprochen: Im Gespräch #3 dominiert der Interviewer seine Gesprächspartnerin Frau Jain, und im Gespräch #37 wird umgekehrt die Interviewerin von ihrer Gesprächspartnerin Frau Oder dominiert und marginalisiert. Verglichen mit den praktisch identischen Anteilen der Redezeiten der guten Gespräche beansprucht der Interviewer im Gespräch #3 und die interviewte Frau Oder im Gespräch #37 deutlich mehr Redezeit als ihr Gegenüber. [31]

### 5.1 Selbstpositionierungsverhalten des Interviewers

Ein erstes Charakteristikum des Interaktionsstils des Interviewers im Gespräch #3 mit Frau Jain soll einleitend anhand seiner wiederholten expliziten Selbstpositionierungen besprochen werden:<sup>18</sup>

- (17) - *Ich* weiß nicht, wie weit das Sie schon vororientiert sind
- *Ich* will mit Ihnen vor allem diese Episode ein wenig besprechen ...
- ... wo es zu diesen Selbstbeschädigungen, sage *ich* jetzt einmal, gekommen ist
- *Ich* würde meinen einfach von diesem Tag an ...
- *Ich* denke dort kommt sehr viel von diesem Durcheinander, sage ich jetzt einmal ...
- Was *mir* jetzt auffällt ...
- *Ich* glaube es ist schon noch etwas Wichtiges ...
- ... und ich will jetzt ganz kurz zum vornherein noch einmal ... [32]

Im Vergleich mit den gut bewerteten Gesprächen fällt erstens auf, dass sich dieser Interviewer, auch unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Dauer der einzelnen Gespräche, deutlich häufiger mit "ich" oder "mir" ins Gespräch einbringt. Wichtiger als die bloße Häufigkeit ist jedoch die Art und Weise dieses expliziten Sich-ins-Gespräch-Einbringens: Anders als dieser Interviewer ("und ich will jetzt ganz kurz zum vornherein noch einmal ...") verwendet zum Beispiel die Interviewerin von Frau Beer die Formulierung: "darf ich nur einmal kurz auf den Samstag zurück kommen?", während Frau Ahms Interviewer beispielsweise sagte: "Können wir noch einmal zurück zu dem ...".<sup>19</sup> In den gut bewerteten Gesprächen scheinen die Interviewer/innen bemüht, das Gespräch in Übereinstimmung und Rücksprache gemeinsam mit ihren Interviewpartnerinnen zu organisieren. Sie bemühen sich regelmäßig entweder erst rückversichernd um deren Zustimmung oder betonen mit der Verwendung eines "wir" anstelle eines "ich" den gemeinsamen Akteurstatus. Das Interview, die Exploration des Suizidversuchs, ist gemeinsames Handeln, *joint action*, wohingegen der Interviewer #3 mit "ich weiß", "ich will", "ich würde meinen", "ich denke", "ich glaube" usw. durchgehend den eigenen Akteurstatus betont und das Gespräch im Alleingang autoritativ organisiert. Ein "ich will" seitens der Interviewer/innen

---

Gesprächssituationen und dem Thema Suizid und Suizidalität haben.

18 Acht der insgesamt 16 Äußerungen, in denen sich der Arzt mit "ich", "mich" oder "mir" selbst einbringt.

19 Die Betonung des "wir" wird schon von LUBORSKY (1984, S.87f.) als Methode zur Unterstützung der Entwicklung der *helping alliance* erwähnt: "Encourage a 'we bond'."

findet sich in den beiden hier vorgestellten und gut bewerteten Gesprächen lediglich einmal (siehe (1)). [33]

Beispiel (18) zeigt neben der Einbettung zweier solcher expliziten Selbstpositionierungen in den Interaktionsverlauf weitere, für die Untersuchung des Interaktionsstils dieses Interviewers relevante Aspekte dieses Gesprächs mit Frau Jain:

- (18) J: ... und dann ist wie ein wie ein (-) wie ein Abbruch? von nichts mehr weiß [ich jetzt etwas oder?  
I: [jawohl] (.hh) jetzt-äh (hrm) (1) diese Geschichte wie Sie sie mir jetzt erzählen im Ablauf.  
J: =ja  
I: ich denke dort kommt (-) sehr viel auch von diesem (1) Durcheinander sag [ich jetzt einmal. [rüber das Sie [an diesem Tag auch in sich drin  
J: [ja] [ja] [ja]  
I: wahrgenommen haben (.h) und ... [34]

Mit "ich denke" positioniert sich der Interviewer in (18) kraft seiner Autorität als Arzt<sup>20</sup> selbst, und er bietet seiner Interviewpartnerin mit "Durcheinander sage ich jetzt einmal" eine Formulierung dessen an, was sie "an diesem Tag, in sich drin wahrgenommen" habe. Auffällig ist, dass Frau Jain im Gespräch bis dahin nie von einem "Durcheinander" gesprochen hatte. Stattdessen eröffnet sie ihre Initialerzählung mit: "Ja es ist immer eine Unruhe gewesen in mir drin". Diese "Unruhe" erwähnt sie in der Folge viermal zur Beschreibung ihres inneren Zustandes am Tag des Suizidversuchs, was vom Interviewer jedoch nicht aufgegriffen wird. Frau Jain fügt sich seiner Beschreibung ihres inneren Zustandes in (18) mit mehrfach überlappender Zustimmung. Schon in den in (17) aufgelisteten Zitaten wird sichtbar, wie der Interviewer der (Geschichte der) Interviewpartnerin sein eigenes Verständnis und seine Wortwahl aufdrängt, wenn er zum Beispiel sagt, "wo es zu dieser Selbstbeschädigung, sage ich jetzt einmal, gekommen ist". Weder der Begriff "Durcheinander" noch der der "Selbstbeschädigung" stammen von ihr. Der Interviewer legt Frau Jain Ausdrücke nahe, die für sein Verständnis von ihr und ihrer Geschichte einerseits zentral sind, andererseits jedoch nicht von ihr selbst stammen. Mit "Selbstbeschädigung" rahmt der Interviewer schon zu Beginn das Gespräch in spezifischer Art und Weise,<sup>21</sup> und er wird von Frau Jain in seiner autoritativen Bedeutungssetzung durchgehend mit wiederholten, überlappenden "ja" bestätigt:<sup>22</sup>

- (19) I: ... wo's zu dieser (-) Selbst [beschädigung sage ich jetzt einmal ...  
J: [ja ja ja ja] [35]

20 Der Interviewer #3 ist mit seinem weißen Ärztekittel als einziger der vier hier vorgestellten Interviewer/innen offensichtlich in seiner klinischen Funktion als Arzt erkennbar. Dass diese Funktion zudem eine leitende ist macht er zu Beginn des Gesprächs deutlich, indem er sich als Teilnehmer der Oberarztvisite erkenntlich macht.

21 Im Unterschied hierzu zum Beispiel (11), in dem "das mit den Tabletten" von Frau Ahm eingeführt und vom Interviewer aufgegriffen wird.

22 Für eine ausführliche Besprechung dieses Punktes wird auf den Abschnitt 5.3 verwiesen.

## 5.2 Metakommunikation

Sowohl im Beispiel (18) wie auch hier in den Beispielen (20) und unten in (21) und (22), findet sich ein für den Interaktionsstil dieses Interviewers charakteristisches Merkmal, das in keinem der anderen hier untersuchten Gespräche so markant hervortritt:

(20) I: jawohl (1) (.h) was mir jetzt auffällt (hrm) das ist dass Sie jetzt im ersten Teil der Beschreibung von diesem Tag von diesem Ablauf ... [36]

An den beiden Beispielen (18) und (20) fällt auf, dass sich der Interviewer nicht inhaltlich auf den vorangehenden Beitrag von Frau Jain bezieht, sondern mit "diese Geschichte wie sie sie mir jetzt erzählen" (18) und mit "Beschreibung von diesem Tag" (20) zu einem Metakommentar über das Erzählte anhebt. Der Interviewer spricht nicht einfach mit seiner Interviewpartnerin, sondern er spricht mit ihr über ihre "Geschichte" oder über ihre "Beschreibung". Metakommunikation ist ein ubiquitäres Phänomen, das in allen Gesprächen vorkommt. Jede Äußerung trägt metakommunikative Züge (WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON 2007 [1969]). Wenn beispielsweise der Interviewer im Gespräch #5 mit Frau Ahm sagt: "Also können wir jetzt das noch einmal schön einen Moment nach dem anderen anschauen", bemüht er sich einerseits um eine Strukturierung der folgenden Interaktion und äußert sich andererseits implizit auch über das Vorhergegangene.<sup>23</sup> Die Strukturierungsbemühungen und Absichtsdeklarationen der Interviewer/innen der gut bewerteten Gespräche sind in diesem Sinne immer auch Metakommunikation. Das metakommunikative Verhalten des Interviewers im Gespräch #3 mit Frau Jain ist jedoch besonders auffällig, weil er wiederholt und explizit von diesem ansonsten eher impliziten und unauffälligen Kommunikationsmodus Gebrauch macht und auch seine Gesprächspartnerin darin verwickelt. Gespräch #3 unterscheidet sich in diesen Punkten von den anderen hier untersuchten Gesprächen. Der Interviewer bezieht sich regelmäßig mit Bezeichnungen wie "Beschreibung" oder "Geschichte" auf die vorhergehenden Erzählungen der Patientin. Mit diesem speziellen Antwortverhalten leistet der Interviewer eine spezifische Selbst- und Fremdpositionierung. Indem er nicht direkt mit Frau Jain spricht, sondern sich auf ihre "Geschichte" oder "Beschreibung" bezieht, präsentiert er sich als distanzierte und reflektierte Fachperson, wobei das Risiko entsteht, unbeteiligt, unpersönlich und unzugänglich zu wirken. Frau Jain, ihre "Geschichte" und ihr "Bericht" werden objektiviert. An einer diesbezüglich besonders bezeichnenden Stelle wird Frau Jain von ihm aufgefordert, sich quasi selbst-objektivierend auf ihre eigene "Erzählung" als die Erzählung einer anderen Person zu beziehen: "Wenn Sie sich vorstellen, Sie wären nicht Sie, sondern das wäre irgendjemand anders, sie haben die Geschichte auch gehört, die Sie erzählt haben, was würden Sie darüber denken?" [37]

23 In diesem Fall wird die vorangehende Äußerung der Patientin bezüglich ihrer Verständlichkeit und Ordnung als unzureichend disqualifiziert.

### 5.3 Rollenverteilung und Missverständnisse

Die persönliche und allenfalls für eine Person charakteristische Art und Weise, sich an einem Gespräch zu beteiligen und dieses mitzugestalten, manifestiert sich selbstverständlich nicht im luftleeren Raum. So muss auch der Interaktionsstil dieses Interviewers in Anbetracht und Abhängigkeit des Verhaltens seines Gegenübers, Frau Jain, betrachtet werden. Die asymmetrische, autoritativ-wissend versus hilflos-unwissende Rollenverteilung wird Frau Jain von ihrem Interviewer nicht einfach nur auferlegt. Sie trägt sie ihm mit ihrem Verhalten durchaus auch an. Frau Jain endet ihre Äußerungen regelmäßig mit fragender Intonation und wiederholt immer wieder, dass sie sich nicht sicher sei oder nicht mehr genau wisse, was sie gedacht und getan habe. Der folgende Auszug soll als Beispiel hierfür stehen:

(21) J: .. und das w[eiß ich gar nicht mehr?  
 [mhm] =mhm (mz) (.h) jetzt äh (hrm) (5) (mz)  
 haben Sie zuvor gesagt (2) Sie seien nach dem Joghurt nach Beschreibungen  
 ande[rer schnurstrac ks auf die Terr [asse und dort [rungen  
 hinuntergesp  
 J: [ja ja] [ja] [ja]  
 I: und Sie können sich das nicht vorstellen [WEIL (-) man wisse ja was passi [ert  
 J: [ja] [ja]  
 I: wenn m [an da hinunterspringt (.h) (1)  
 J: [ja ja]  
 I: gleichzeitig ... [38]

Dieser hilflos-defizitären Selbstpositionierung von Frau Jain als unwissend und bedürftig entspricht der Interviewer von Beginn weg komplementär als wissender und das Gespräch lenkender und kontrollierender Fachmann. Sowohl in (18) wie auch hier in (21) quittiert der Interviewer die disqualifizierende Selbstpositionierung der Patientin am Ende ihres Redezugs mit einem bestätigenden Signal. Auch in diesem letzten Beispiel übernimmt er, nach kurzem Zögern und Räuspern, das ihm angebotene Rederecht und antwortet wiederum metakommunikativ, indem er das Gesagte selbst zum Thema macht. Der Interviewer begegnet der sich als unsicher und hilflos präsentierenden Frau Jain in der komplementären Rolle als (selbst-) sicher, autoritär und wissend, und er wird in dieser Selbstpositionierung seinerseits von Frau Jain bestätigt, was in (21) an ihren vielen überlappenden "ja" besonders gut zu sehen ist. Die sich von Beginn weg etablierende komplementär-asymmetrische Rollenverteilung wird, anders als in den gut bewerteten Gesprächen, von beiden laufend wechselseitig fortgeschrieben. Der Interviewer bestätigt Frau Jains "ich weiß nicht", und Frau Jain bestätigt ihren Interviewer beinahe durchgehend. Insbesondere bestätigt sie ihn in seiner dominanten Selbstpositionierung und in seinen Bedeutungszuschreibungen. Schon in (18) und (19) war dieses für dieses Gespräch charakteristische Verhalten von Frau Jain erkennbar: Sie bestätigte ihren Interviewer beständig mit direkt anschließenden und/oder überlappenden Kommentaren, was nun auch in (21) besonders prägnant hervortritt. Dieses Verhalten wird mit Bezug auf Ronald BRITTON (2003, S.176f.) verständlich:

"When there is a desire for understanding coupled with a dread of misunderstanding, there is an insistent, desperate need for agreement ... and annihilation of disagreement ... the need for agreement is inversely proportional to the expectation of understanding. When expectation of understanding is high, difference of opinion is tolerable ... when there is no expectation of understanding, the need for agreement is absolute." [39]

Die vielen, für dieses Gespräch charakteristischen, stellenweise beinahe salvenhaft anmutenden, überlappend geäußerten "ja" von Frau Jain können so als Ausdruck für das dringende Anliegen betrachtet werden, von ihrem Gegenüber verstanden zu werden. Im folgenden Beispiel (22) findet sich darüber hinaus noch ein ganz ähnliches Vorkommnis wie in Abschnitt 4.4 bei (12) und (13) bereits besprochen:

(22) I: ...jetzt auch m[h-in der Beschreibung wo das ja auch vorkommt [dass Sie sich  
J: [ja ja ja] [ja ja ja]  
I: [allenfalls [selber weh etwas könnten ant un dass Ihnen das alles zu viel ist  
J: [jaja] [etwas antun ja ja ja]  
ja [40]

Anders als in den gut bewerteten Gesprächen unterbreitet hier nun aber nicht der Interviewer seiner Gesprächspartnerin einen Verständnisvorschlag, sondern ihm wird mit "etwas antun" von Frau Jain eine Verständigungsmöglichkeit angeboten. Das heißt, *sie* bemüht sich um die Herstellung eines gemeinsamen Verständnisses ihrer Geschichte, nicht er. Sie bemüht sich darum, von ihm verstanden zu werden, und es ist bezeichnend, dass der Interviewer Frau Jain im Verlauf dieses Gesprächs dreimal in Folge missversteht. Die autoritative Führungsrolle birgt das Risiko, die Relevanzen des Gegenübers zu vernachlässigen, was zu Missverständnissen und Enttäuschung führt. Der Interviewer stellt im ersten Drittel des Gesprächs drei Fragen, die alle nachweislich falsche Verbindungen zwischen drei von Frau Jain erzählten Personen (ihrer Schwester, ihrem Sohn und ihrer Tochter) und Ereignissen knüpfen. Frau Jain wehrt sich anfangs gegen diese Fragen, die ihr anzeigen, dass sie von ihrem Interviewer missverstanden wird. Beim dritten Missverständnis in Folge verneint sie zunächst die missverständliche Frage des Arztes, um ihm dann doch zuzustimmen und eine Episode zu produzieren, die seiner ursprünglich in Bezug auf ihre bisherige Erzählung missverständlichen Frage nachträglich entspricht:

(23) I: (.h) (3) ich komme nachher noch einmal auf diesen [Punkt zurück (-) aber es  
[ja ja ja]  
I: würde mich jetzt trotzdem interessieren Sie haben da erzählt von dieser  
*Rückkehr in die Wohnung dass Sie (-) mit der Tochter glaube ich noch  
Rechnungen? (-) gemacht haben oder mit wem?*  
J: ehm nein ehm-sie hat irgendwie etwas gesagt gehabt dass sie eh ja mit der  
Tochter sie hat (1) sie ist bei etwas nicht draus gekommen und dann habe ich  
ihr gesagt ich könne es ihr auch nicht erklären ... [41]

Dreh- und Angelpunkt dieses dritten Missverständnisses in Folge bilden die "Rechnungen": Frau Jain sprach tatsächlich davon, dass sie am Tag ihres

Suizidversuchs bei ihrer Schwester in der Wohnung Rechnungen sortiert, das heißt Einzahlungen oder Abrechnungen gemacht habe. Diese Rechnungen werden jetzt vom Interviewer jedoch mit der Tochter in Verbindung gebracht, die zu diesem Zeitpunkt, als Frau Jain von den "Rechnungen" sprach, noch gar nicht erwähnt worden war. Sein "mit der Tochter ... Rechnungen gemacht" wird von ihr im darauffolgenden Redezug dahin gehend verstanden, dass sie der Tochter bei den Hausaufgaben geholfen habe, etwas, wovon bis hier nie die Rede war. Entsprechend BRITTONs Annahme eines verzweifelten Bedürfnisses nach Übereinstimmung produziert Frau Jain nun eine Episode, um dieser missverständlichen Frage entsprechen zu können. Dies geschieht, nachdem sie eine erste missverständliche Frage zur Schwester mit "nein, sondern so ist es gewesen ..." und kurz darauf eine zweite zum Sohn mit "nein, er musste auch gerade in die Schule ..." korrigiert. Mit ihrer Reaktion setzt sie den Interviewer nachträglich ins Recht, um in der anschließend produzierten Episode mit ihm übereinstimmen zu können. Durch dieses Verhalten wird ein gemeinsames und geteiltes Verständnis ihrer Geschichte verunmöglicht. [42]

## **6. Interaktive und kommunikative Aspekte der schlecht bewerteten Gespräche: Gespräch #37 mit Frau Oder**

Während sich im zuvor dargestellten Gespräch #3 der Interviewer in einer dominanten und die interviewte Patientin in einer submissiven Rolle zu einer entsprechenden Kollusion gefunden haben, zeigt sich im Gespräch mit Frau Oder im Gegenzug eine Suizidversucherin, die ihre Interviewerin marginalisiert und das Gespräch einseitig dominiert. Die Asymmetrie dieses Gesprächs zeichnet sich bereits in den relativen Verhältnissen der Redezeiten ab: Frau Oder spricht im Verhältnis zur gesamten Gesprächszeit deutlich mehr als die anderen Patientinnen. Die im Folgenden vorgestellten Beispiele fokussieren, im Gegensatz zu den vorhergehenden Analysen, hauptsächlich die interaktiven Eigenheiten dieser Interviewpartnerin, um dann davon ausgehend etwas über die Interviewerin und deren Interaktionsstil sagen zu können. Dies deshalb, weil sich der Interaktionsstil dieser Interviewerin auf den ersten Blick nicht von demjenigen der Interviewenden der gut bewerteten Gespräche unterscheidet. Um verstehen zu können, warum dieses Gespräch so schlecht bewertet wurde, müssen die Reaktionen der Interviewerin auf Frau Oders Verhalten untersucht werden. [43]

### **6.1 Übernahme des Rederechts**

In diesem Abschnitt wird anhand von zwei Beispielen untersucht, wie Frau Oder auf die Interventionen ihrer Interviewerin reagiert. Ihr Verhalten und der Umgang der Interviewerin damit ist für dieses Gespräch hoch charakteristisch. Dies wiederholt sich bei einem Großteil der weiteren Intervention der Interviewerin:

- (24) O: ... (.sh) und (-) dann ist (h.) (1) °und dann ist eben irgendwie dieser Samstag und dann°  
I: das war am Sa[mstag als Sie (-) als Sie ihm aufs Band gesprochen h[aben  
O: [ja diesen Samstag als wir] [ja-a]  
mhm (-) (mz) (2) und dann ... [44]

Diese kurze Interaktion gibt die zweite Zwischenfrage der Interviewerin wieder; nach der Gesprächseröffnung ihre erste längere Äußerung in diesem Gespräch. Bis dahin hatte sie ihre Interviewpartnerin ausschließlich mit unterstützenden Hörer/innensignalen "versorgt". Die Interviewerin übernimmt die Rede mit einem selbst initiierten Sprecher/innenwechsel an einer Stelle, an der Frau Oder stockt und leiser wird. Man kann annehmen, dass sie der Interviewerin das Rederecht damit anbietet. Diese stellt eine klärende Zwischenfrage zum erzählten Geschehen: "Das war am Samstag als sie ..." Frau Oder bestätigt das sofort überlappend und scheinbar kooperativ mit "ja diesen Samstag". Sie fällt der Interviewerin ins Wort, bevor sie wissen kann, worum es in deren Frage geht. Die Interviewerin stockt kurz und beendet dann ihre Frage. Noch während sie ihre Frage vervollständigt, unterbricht Frau Oder sie erneut: Sie kontrastiert die Formulierung "als sie" der Interviewerin mit "als wir". Die Interviewerin endet und Frau Oder übernimmt die Rede, indem sie die Frage abschließend mit einem überlappenden "ja-a" bestätigt, kurz stockt "und dann" weitererzählt. Diese Zwischenfrage wird von Frau Oder scheinbar kooperativ und in Übereinstimmung mit der Interviewerin rasch gemeinsam geklärt (siehe Abschnitt 4.4). Es ist jedoch auffällig, dass sie die Frage bestätigt, bevor die Interviewerin diese vollständig ausformulieren konnte, und ihr dabei zweimal ins Wort fällt. Im folgenden Gesprächsausschnitt (25) tritt dieses das ganze Gespräch durchziehende Muster noch deutlicher hervor:

- (25) O: ... (.h) *es ist jeder tut so für sich oder*  
I: mhm (-) ein weiteres Problem das S[ie dann noch beschäftigt hat  
O: [ja und und] *ich habe ihm auch schon gesagt wir ... aber ich weiss also auch nicht (2)*  
I: mhm (-) ja doch ich kann das verstehen das ist einfach ein weiterer Faktor wo Sie sich irgendwie alle[ine gelassen verlassen gefühlt haben ja  
O: [ja-ja ja ja] =irgendwie habe ich dann das Gefühl ich werde einfach seit die Kinder auf der Welt sind immer nur verlassen ... [45]

In diesem leicht gekürzten Zitat endet Frau Oder ihren Redezug zweimal in einer Art und Weise, die ihre Bereitschaft, das Rederecht abzutreten, nahelegt. Zunächst endet sie mit einem weinerlich-fragenden "oder", woran die Interviewerin mit einem verständnisvoll-bestätigendem "mhm" anschließt und nach einer kurzen Pause einen Kommentar zum eben Erzählten lanciert: "Ein weiteres Problem das sie dann noch beschäftigt hat". Frau Oder bestätigt diese Äußerung mit einem überlappenden "ja" und fällt ihr dann mit zweimaligen, drängenden "und" ins Wort, womit sie scheinbar ungeduldig signalisiert, dass sie

weilersprechen möchte. Die Interviewerin beendet ihren Satz und überlässt ihr das Rederecht, bis sich die eben beschriebene Sequenz kurz darauf praktisch identisch wiederholt: Frau Oder endet mit einem resümierenden "aber ich weiß auch nicht", woraufhin eine Pause von zwei Sekunden entsteht. Die Interviewerin nimmt die Rede wieder mit einem bestätigenden "mhm" auf und äußert eine neue Formulierung, die der vorigen stark gleicht. Gleichzeitig gibt Frau Oder auch hier wieder scheinbar kooperative und bestätigende "ja" von sich, womit sie diese Intervention, wie schon die vorangegangene, als bloße Frage behandelt, die sie dank ihrer überlappenden Bestätigungen als erledigt betrachten kann. Es fällt auf, dass sie in der Folge zwar wie ihre Interviewerin das Wort "verlassen" verwendet, aber ansonsten inhaltlich mit keinem Wort auf deren Formulierungen eingeht. Sie wahrt also lediglich die oberflächliche Kohäsion mit der Intervention, inhaltlich lässt sie sich nicht weiter darauf ein. Die als einfache Fragen behandelten Formulierungen werden mit überlappenden Bestätigungen beantwortet und anschließend inhaltlich ignoriert. Das der Interviewerin zuvor scheinbar offerierte Rederecht wird mit drängenden Überlappungen richtiggehend gekapert, ohne ihr Zeit zu lassen, ihre Redezüge in Ruhe auszuführen und abzuschließen. [46]

Die vielen direkt anschließenden oder noch in die laufende Äußerungsproduktion der Interviewerin platzierten "ja" und "ja genau" sind nicht als inhaltliche Bestätigungen zu betrachten (STREECK 2001). Mit diesen überlappenden Zustimmungen zeigt Frau Oder vielmehr, dass ihr die Interviewerin nichts zu bieten hat. Mit diesen Überlappungen und dem direkt anschließenden Weitersprechen lässt sie keine weiterführenden *konditionellen Relevanzen* (DEPPERMAN 2008, S.68-75) für diese Inhalte gelten, d.h., sie tut diese Verständnis- und Verständigungsangebote als bloße Fragen ab, die sie nach überlappender Bestätigung als erledigt betrachten kann. Bei echten Fragen mag dieses Folgeverhalten (kurze Bestätigung und direkt anschließendes Weitererzählen) angebracht sein und als kooperativ gelten.<sup>24</sup> Hier findet jedoch eine subtile Entwertung dieser (Beziehungs-) Angebote der Interviewerin statt. Auf diese Weise werden praktisch alle ihre Formulierungen behandelt. Ihr wird in diesem Gespräch kaum Raum zugestanden. Frau Oder startet ihre Redezüge in der großen Mehrzahl der Fälle, noch bevor sie ihren Zug beenden konnte. [47]

## **6.2 Szenische Rede, "oder?" und die Gefahr der unreflektierten Perspektivenübernahme**

Eine zweite Eigenheit des Interaktionsstils von Frau Oder ist es, sich über längere Abschnitte im Modus der szenisch darstellenden Rede zu bewegen. Dieser Erzählmodus kommt in vielen Gesprächen vor, beschränkt sich aber meist auf einzelne Passagen. Frau Oder macht von diesem Stilmittel jedoch ausgiebig Gebrauch und erzählt nur wenig Ereignisse aus der distanzierteren und (selbst-) reflexiveren Warte einer Geschehensvermittlerin. Sie befindet sich oft in der dialogisierenden Wiedergabe direkter und indirekter Rede und zeigt sich damit als emotional hoch involvierte Geschehensteilnehmerin (WEBER 1998). Sie

---

<sup>24</sup> Siehe Beispiel (11) im Abschnitt 4.4.

präsentiert sich beinahe durchgehend im performativ-enaktiven Modus (SCHMITT & DEPPERMAN 2009). Brigitte BOOTHE (2004, S.13) spricht in diesem Zusammenhang von der Gefahr, "einer erzählerischen Selbstdarstellung als einer subjektiven Erklärungs-, Rechtfertigungs- und Begründungsversion aufzusitzen." Dieses Phänomen der "unreflektierten Übernahme" (ebd.) der Perspektive von Frau Oder durch die Interviewerin kann im Verlauf dieses Gesprächs Schritt für Schritt mitverfolgt werden. Frau Oder nötigt ihre Interviewerin richtiggehend, sie in ihrer stellenweise hoch emotionalen Darstellung zu unterstützen und sie in ihrer Sicht der Dinge zu bestätigen. Eine wichtige Rolle scheint hierbei die im Vergleich zu den anderen Gesprächen massiv gehäufte Verwendung eines fragend intonierten "oder?" – wie in (25) und in den zwei untenstehenden Beispielen – zu spielen:

(26) O: ... da hatte der Exfreund einfach das Gefühl er komme zu kurz od[er (1) er ...  
I: [°mhm°]

(27) O: ... (-) wir haben alle unter dem gelitten oder?  
I: mhm kann ich mir vorstellen [48]

"Oder" kann normalerweise als Konjunktion im Sinne eines "entweder oder" oder als rückversichernd fragendes "nicht", "nicht wahr" oder "gell" verwendet werden. Zählt man diese beiden möglichen Verwendungen über die vier untersuchten Gespräche aus, fällt Frau Oder mit 117 fragenden "oder?" völlig aus dem Rahmen.<sup>25</sup> Sie dienen der interviewten Patientin so gut wie ausschließlich als Bestätigungsaufforderungen an die Interviewerin und wirken in ihrer großen Anzahl ausgesprochen vereinnahmend. Die Interviewerin unterliegt im Verlauf des Gesprächs dann auch zusehends einer vermutlich unreflektierten Perspektivübernahme: Der konditionellen Relevanz entsprechend quittiert sie über 35 dieser Aufforderungen wie in (26) mit einem bestätigenden Signal, in (27) wird die beginnende Perspektivübernahme der Interviewerin sichtbar. Gegen Ende des Gesprächs erliegt die Interviewerin dieser Rollenzuweisung zunehmend und beschränkt sich dann beinahe ausschließlich auf die Äußerung von Bestätigungssignalen:

(28) O: ... und dann habe ich gleich die Augen zu getan und gesagt schau ich mag nichts hören  
I: (.humff) mhm (-) mh-ja  
O: und ich mag mich noch erinnern ...

(29) O: ... dann habe ich gedacht das darf einfach nicht wahr [sein (1) und dann hat er mir  
I: [mh-ja also das] [49]

<sup>25</sup> Die gut bewerteten Gespräche: #5 gesamthaft 14 Vorkommnisse, davon 10 vom Typ "entweder oder" und 4 "oder?". Gespräch #34 gesamthaft 15 Vorkommnisse, davon 14 "entweder oder" und 1 "oder?". Die schlecht bewerteten Gespräche: #3 gesamthaft 65 Vorkommnisse, davon 33 "entweder oder" und 32 "oder?". Gespräch #37 gesamthaft 122 Vorkommnisse, davon 5 "entweder oder" und 117 "oder?".

Neben dem vereinnahmenden Charakter und der identifizierenden Wirkung des Erzählens erwähnt BOOTHE (2004, S.43f.) auch eine "Tendenz zur Selbstbestätigung" die bedeutet,

"... dass eine im Sprecher schon vorbereitete Perspektive auf das Erlebte und Erfahrene sowie eine schon vorbereitete Version des Verstehens bestätigt wird ... Der suggestive Charakter der Erzählung tendiert zu einer Sprecher-Hörer-Vereinigung, einer Aufhebung von Trennung in einem gleichsinnig mitvollziehenden emotionalen Engagement." [50]

Dass die erzählte Inszenierung von Frau Oder auf Selbstbestätigung abzielt, wird einerseits an der exzessiven Verwendung des bestätigungseinfordernden "oder?" deutlich und andererseits in all den Fällen, in denen Frau Oder der Interviewerin ihre eigenen Formulierungen in den Mund legt und sich diese dann von der Interviewerin bestätigen lässt; oder umgekehrt, wenn sie die vorangehende Äußerung der Interviewerin ausbeutet und zur Bestätigung ihrer eigenen Folgeäußerung mit leichter Bedeutungsverschiebung missbraucht (SCHWITALLA 2006). In der detaillierten Analyse dieses Gesprächs kann mitverfolgt werden, wie die Interviewerin dem äußerst suggestiven Charakter der in direkter und indirekter Rede geschilderten konflikthaften Beziehungsepisoden ihrer Interviewpartnerin zunehmend erliegt. Die Beispiele (26) bis (29) bilden den chronologischen Verlauf dieser wachsenden Perspektivübernahme ab. Im Verlauf dieses Gesprächs kommt es – wie von BOOTHE benannt – zu einer "Sprecher-Hörer-Vereinigung" und der "Aufhebung von Trennung im gleichsinnig mitvollziehenden emotionalen Engagement". Im Vergleich zu den gut bewerteten Gesprächen sind dies die für dieses Gespräch und für diese Interviewerin auffälligen interaktiven Momente. Die Interviewerin schafft es nicht, sich eine kritische Distanz zu Frau Oder und ihrer Geschichte zu wahren und Frau Oder mit einer deren Selbstpräsentation relativierenden und kreditierenden Intervention zu erreichen. Sie wird von ihrer Interviewpartnerin in der Wirksamkeit ihrer Äußerungen kontrolliert und zunehmend vereinnahmt (s. STREECK 2009). So überlässt sie Frau Oder in der Folge praktisch die Führung des Gesprächs, was dazu führt, dass der Suizidversuch und insbesondere die Agentizität der Patientin stark in den Hintergrund rücken. [51]

## 7. Ergebnisse und Diskussion

In dieser Untersuchung wurden Merkmale von vier Gesprächen mit Patientinnen nach Suizidversuch exemplarisch herausgearbeitet und besprochen, die mit einer entweder sehr guten oder einer sehr schlechten Bewertung der Gespräche durch die Patientinnen einhergingen und für die jeweiligen Gespräche besonders charakteristisch waren. Zu bedenken ist, dass nicht das Gespräch direkt, sondern mittels des *Penn-HAQ* eine Reihe von elf Aussagen bewertet wurde, z.B. "Ich glaube, dass mir mein Gesprächspartner helfen konnte", "Ich spürte, dass ich mich auf meinen Gesprächspartner verlassen kann" und "Ich spürte, dass mich mein Gesprächspartner versteht". Die zentrale Annahme dieser Untersuchung ist, dass bestimmte Merkmale dieser Gespräche (zum Beispiel bestimmte Aspekte der Interaktionsgestaltung der Interviewenden) mit einer guten oder einer

schlechten Bewertung der Beziehungsqualität einhergehen, ja diese (mit-) bedingen und für sie verantwortlich sind. Die an diesen Einzelfällen herausgearbeiteten Indizien und Ergebnisse sind wertvoll im Hinblick auf eine Hypothesenbildung gelingender und misslingender therapeutischer Erstgespräche, nicht nur mit dieser Patientengruppe. In den beiden gut bewerteten Gesprächen fanden sich den Forschungsannahmen entsprechend gemeinsame Merkmale im Interaktionsverhalten der Interviewer/innen, die in Übereinstimmung mit entwicklungspsychologischen Befunden (z.B. AINSWORTH 1977a, 1977b; GROSSMANN & GROSSMANN 2002; SCHAUBURG & STRAUSS 2002) und konzeptuellen Überlegungen und Theorien zum Vertrauensaufbau gebracht werden können (z.B. FRANZ 1997; KRAMPEN 1997; PETERMANN 1997; SCHWAB 1997; GRIMMER 2006). Sie weisen auf einen einheitlichen Interaktionsstil hin, der mit gutem Beziehungserleben einhergeht (SCHAUBURG & STRAUSS 2002). Michael KOLLER und Wilfried LORENZ (1997) sprechen diesbezüglich von bedürfnisangemessener Kommunikation als zentralem Aspekt des Vertrauens- und Beziehungsaufbaus. Bezüglich der beiden schlecht bewerteten Gespräche ließ sich die Annahme eines ebenfalls einheitlichen, aber schlecht bewerteten Interaktionsstils nicht halten. Die beiden schlecht bewerteten Gespräche unterscheiden sich so stark, dass sie separat besprochen werden mussten. Sie scheinen für diese beiden Patientinnen zwei unterschiedliche Varianten der Herstellung eines negativen Beziehungserlebens darzustellen. Aus den Überlegungen zur Symmetrie/Asymmetrie der Gesprächsgestaltung lässt sich jedoch ableiten, dass sich die schlecht bewerteten Gespräche in der Bildung einer einseitigen Gesprächsdominanz gleichen. Zu zeigen bleibt, in welcher Form die schlecht bewerteten Gespräche von dem hier gefundenen und in der Literatur beschriebenen guten Interaktionsstil abweichen. [52]

Die beiden gut bewerteten Gespräche gleichen einander bereits in einem einfachen strukturellen Merkmal, dem Verhältnis der Rede zwischen Interviewenden und Interviewten. Es beträgt in beiden Gesprächen ungefähr 2/5. Die Interviewer/innen der beiden gut bewerteten Gespräche zeigen sich ihren Gesprächspartnerinnen während des ganzen Interviews, sowohl verbal wie non-verbal, aufmerksam zugewandt und kooperativ. Es kommt zu keinen auffälligen Missverständnissen, und das Gespräch verläuft weitgehend störungsfrei und flüssig. Missverständnisse und Zwischenfragen werden kooperativ und rasch geklärt. Die Interviewer/innen reagieren vorhersehbar, angemessen und einfühlsam auf ihre Gesprächspartnerinnen und lassen ihnen und ihrer Geschichte genügend Raum zur selbstständigen Entfaltung. Sie markieren ihre Interventionen und Gesprächsstrukturierungsbemühungen mit Absichtsdeklarationen und erleichtern ihren Gesprächspartnerinnen so die Erfüllung ihrer Erwartungen, was das Gespräch für die interviewten Patientinnen vorhersehbar und sicher macht. Das sind Interaktionsmerkmale, die wiederholt als für den Aufbau einer sicheren Bindung und zwischenmenschlichen Vertrauens notwendig beschrieben wurden (z.B. SCHAUBURG & STRAUSS 2002; GROSSMANN & GROSSMANN 2002). Die Interviewer/innen leisten mit ihren Strukturierungsbemühungen wichtige Beiträge zur Entstehung einer zeitlich und thematisch geordneten und also verständlichen Geschichte des

Suizidversuchs ihres Gegenübers. So legen sie die Basis für und helfen aktiv bei der Koproduktion des gemeinsamen Verständnisses der Geschichte dieses Suizidversuchs. Ein kooperativ erarbeitetes und geteiltes Verständnis der Geschichte des Gegenübers ist die Grundlage für eine positive Bewertung der Interaktion und erfordert einfühlsames, strukturierendes Eingreifen der Interviewer/innen. In den gut bewerteten Gesprächen wird den interviewten Patientinnen genügend Raum gelassen, ohne ihnen jedoch das Gespräch zu überlassen. Sie sind die Expertinnen ihrer Geschichte, auch wenn ihnen nicht die alleinige Interpretationshoheit obliegt, denn sie finden sich verschiedentlich dem mitunter humorvollen Einspruch eines unabhängigen Gegenübers ausgesetzt. Hier findet gelungenes und kooperatives Beziehungshandeln statt (*joint action*). Die gemeinsam entwickelten Geschichten der Suizidversuche dieser beiden Patientinnen sind gelungene, geteilte und verständliche Beziehungsprodukte (*joint creation*), die sich in genuin kooperativen Prozessen entfalten. Die Interviewpartner/innen arbeiten gemeinsam an der Entwicklung dieser Geschichte, deren Verständnis und Bedeutung kooperativ ausgehandelt und geteilt werden. MICHEL (2011, S.6) umschreibt diese Haltung gegenüber dem/der Patient/in und seiner/ihrer Geschichte, im Gegensatz zur klassisch klinischen Haltung, wie folgt:

"We need to be open for the patient's subjective logic in a completely nonjudgmental way. This is not what health professionals usually do; we have been taught to examine patients, search for signs and symptoms, and do diagnostic work-ups. We have been taught to be the experts in all clinical matters. Addressing suicide in the clinical encounter with a suicidal patient requires a different therapeutic attitude ... Fully engaging a suicidal patient in a working relationship requires a patient-oriented approach in which the patient is engaged as the expert of his or her own experience." [53]

Diese Haltung ermöglicht die erfolgreiche Herstellung eines wertvollen, gemeinsamen Produkts in der Begegnung: das geteilte Verständnis der gemeinsam erarbeiteten Geschichte der Patientin – also Herstellung von Lebenswert durch eine gute und positiv bewertete Beziehungserfahrung im Hier und Jetzt. [54]

Während sich die gut bewerteten Gespräche schon auf der Ebene der bloßen Redebeziehungen gleichen, unterscheiden sich die beiden schlecht bewerteten bereits hier deutlich: Im Gespräch #3 beträgt das Verhältnis der Rede zwischen Interviewenden und Interviewten 3/5, im Gespräch #37 beträgt es 1/4. Das heißt, dass der Interviewer im Gespräch #3 im Verhältnis zu seiner Gesprächspartnerin mehr und die Interviewerin im Gespräch #37 weniger spricht als die Interviewer/innen in den gut bewerteten Gesprächen. Die beiden gut bewerteten Gespräche liegen hinsichtlich dieses Verhältnisses zwischen den beiden schlecht bewerteten Gesprächen. Im schlecht bewerteten Gespräch #3 lässt der Interviewer Frau Jain und ihrer Geschichte nur wenig Raum zur Entfaltung. Er scheint unaufmerksam, missversteht sie jedenfalls wiederholt. Mit seinen beständigen Metakomentaren reagiert er weder besonders angemessen noch einfühlsam auf seine emotional sehr bewegte Gesprächspartnerin. Infolge der wiederholten Missverständnisse, seinem markanten Anspruch auf

Deutungshoheit und seinem autoritären Auftreten kann es in Kombination mit ihrem submissiven Verhalten zu keinem geteilten Verständnis dessen kommen, was Frau Jain ihm zu erzählen hat. Frau Jain wird nicht als Expertin ihrer Geschichte behandelt. Von Beginn an etabliert sich eine auffallend asymmetrische Rollenverteilung zwischen einer sich als hilflos und abhängig präsentierenden Patientin und einem scheinbar selbstsicheren, dominanten und wissenden Interviewer, der seiner Gesprächspartnerin bezüglich einer selbstständigen Entfaltung und Be-Deutung ihrer Geschichte wenig zuzutrauen scheint. Sein direkter und intransparenter Gesprächsstil trägt wenig zu einer wirkungsvollen Koproduktion bei und scheint sein Gegenüber zusätzlich zu verunsichern. Im Gegensatz zu den Strukturierungsbemühungen der Interviewer/innen der gut bewerteten Gespräche sind seine Interventionen uneinfühlsame Metakommentare und unvorhersehbare Regieanweisungen. [55]

Im zweiten schlecht bewerteten Gespräch #34 mit Frau Oder treffen wir diesbezüglich auf umgekehrte Verhältnisse. Im Gegensatz zum Gespräch #3 ist diese Interviewerin einfühlsam und wie die Interviewenden der gut bewerteten Gespräche um Kooperation bemüht. Sie ist ihrer Gesprächspartnerin aufmerksam zugewandt, unterstützt diese durchgehend mit Hörer/innensignalen und bietet ihr verschiedentlich Verständnisangebote zur Erarbeitung eines gemeinsamen und geteilten Verständnisses ihrer Geschichte an. Sie lässt Frau Oder genügend Raum und nimmt sich wie die Interviewenden der gut bewerteten Gespräche zurück, wenn es zu einer Unklarheit bezüglich der Verteilung des Rederechts kommt. Es zeigt sich dann, wie die Frau Oder zusehends den Raum für sich beansprucht und ihre Interviewerin an den Rand drängt. Die Interviewerin erliegt im Verlauf des Gesprächs der vereinnahmenden Rede ihrer Interviewpartnerin. Es gelingt ihr weder, Frau Oder auf eine Schilderung der Situation und Umstände ihres Suizidversuchs zu verpflichten, die temporal und thematisch strukturiert und verständlich ist, noch gelingt es ihr, sich eine unabhängige und kritische Position gegenüber der Selbstpräsentation ihres Gegenübers und deren Geschichte zu wahren. Es kommt zu einer ungenügenden Hergangskonstruktion des Suizidversuchs. Der genaue Ablauf und insbesondere die Beweggründe von Frau Oder bleiben im Dunkeln. Anstelle einer gemeinsamen und kooperativen Erarbeitung der Geschichte von Frau Oder zerfällt das Interview in eine Aneinanderreihung äußerst emotional und anklagend vorgetragener, belastender Beziehungsepisoden. Der Suizidversuch und insbesondere die Motive und Handlungsanteile von Frau Oder gehen unter. Die Interviewerin vermag nicht, als kritische und unabhängige Instanz hinreichend strukturierend präsent zu sein. Sie wird von ihrer Gesprächspartnerin vereinnahmt und als bloße Zuhörerin und Zeugin zur uneingeschränkten Zustimmung und Bestätigung benutzt. Es ist ihr in diesem Gespräch nicht möglich, Frau Oder damit zu konfrontieren, dass sie ebenfalls etwas zur Entwicklung und zum Verständnis ihrer Geschichte beitragen kann. Sie fügt sich der ihr angetragenen Rolle der stummen Zeugin, und obwohl sie das ganze Gespräch über einfühlsam und aufmerksam präsent war, verlieh Frau Oder dieser Begegnung die schlechteste Bewertung aller 40 Gespräche der Originaluntersuchung. [56]

In den beiden guten Gesprächen lässt sich zeigen, wie eine sich früh etablierende Rollenverteilung der Interviewpartnerinnen von den Interviewer/innen mitunter humorvoll relativiert und zurückgewiesen wird. Frau Ahm präsentiert sich hinsichtlich ihrer eigenen Motivationslage bezüglich des Suizidversuchs als hilflos-unwissend. Frau Beer präsentiert sich in der dramatischen Rolle des ohnmächtigen und hilflosen Opfers. Die Interviewer/innen der guten Gespräche regulieren die Interaktion, indem sie den interviewten Patientinnen einen Perspektiven- und Rollenwechsel bezüglich der gemeinsamen Konstruktion der Geschichte ihres Suizidversuchs zumuten. Therapeutisch platzierte Zumutungen und "taktvolle Taktlosigkeiten" (BUCHHOLZ 2009) funktionieren als Ausdruck des Zutrauens des/der Behandelnden in den/die Patient/in. Den Patientinnen wird so die Möglichkeit geboten, sich zu bewähren und an der zugemuteten Aufgabe zu wachsen; das ihnen zuge dachte Vertrauen kann zu neuem Selbstvertrauen werden. Hier entsteht echte Beziehung, und an diesem Punkt scheitern die schlecht bewerteten Gespräche. Die sich von Beginn an etablierenden asymmetrischen Interaktionsmuster und Rollenverteilungen können im Verlauf der Interaktion nicht relativiert oder durchbrochen werden. Der Interviewer von Frau Jain bleibt einer aktiv-dominanten Rolle verhaftet, und die Interviewerin von Frau Oder zieht sich passiv zurück. [57]

Abschließend bleibt zu sagen, dass Einzelfalluntersuchungen wie die vorliegende Arbeit gleichsam einen mikroskopischen Blick auf einzelne Gespräche ermöglichen, Ulrich STREECK spricht von einer "Mikroethnographie von Psychotherapie" (STREECK 2006), die es erlaube, in Kombination mit der patient/innenseitigen Beurteilung der Gespräche nach Indizien für gute und schlechte Gesprächsführung zu suchen. Die hier gewonnenen Erkenntnisse können selbstverständlich nicht ohne weitere Untersuchungen generalisiert werden. Dies ist alleine schon dem Umstand geschuldet, dass vier Gespräche mit Patientinnen und keine Gespräche mit männlichen Patienten analysiert wurden. Dennoch kann gesagt werden, dass es in den gut bewerteten Gesprächen Hinweise auf einen einheitlichen Interaktionsstil gibt, der von diesen zwei Patientinnen offenbar positiv erlebt wurde. Diese beiden Patientinnen gaben im Fragebogen unter anderem an, dass sie sich von ihrer Interviewerin und ihrem Interviewer verstanden fühlten, und dass sie oder er ihr helfen konnte – eine wichtige Voraussetzung für die Bereitschaft, sich auf weitere Gespräche und allenfalls auch eine Therapie einzulassen, um so die eigene Suizidalität verstehen zu lernen. [58]

## Anhang 1

Folgende konversationsanalytische Transkriptionszeichen wurden verwendet:

[ ... ]	Überlappung und simultanes Sprechen
=direkt	direkt anschließendes Sprechen
(-)	kurze Pause (< eine Sekunde)
(2), (3)	Pause von zwei Sekunden, drei Sekunden usw.
:	Dehnung
( ... )	Unverständliche Äußerung
°leise°	leises Sprechen
akZENT	lautes Sprechen
<i>betont</i>	speziell intoniertes Sprechen
(.h)	hörbares Einatmen
(.hh)	starkes Einatmen
(.snf)	Nasehochziehen
(h)	hörbares Ausatmen
(hh)	starkes Ausatmen
(hrm)	Räuspern
(mz), (tz)	Schmatzlaute
*Name	anonymisierte Personennamen
((hustet))	zusätzliche Beschreibung
<<weinend>>... >	zusätzliche Beschreibung einer Äußerung
.	fallende Intonation
?	steigende Intonation

## Literatur

Ainsworth, Mary Salter D. (1977a). Attachment theory and its utility in cross-cultural research. In P. Herbert Leiderman, Steven R. Tulkin & Anne Rosenfeld (Hrsg.), *Culture and infancy. Variations in the human experience* (S.49-67). New York: Academic Press.

Ainsworth, Mary Salter D. (1977b). Infant development and mother-infant interaction among Ganda and American families. In P. Herbert Leiderman, Steven R. Tulkin & Anne Rosenfeld (Hrsg.), *Culture and infancy. Variations in the human experience* (S.119-149). New York: Academic Press.

Aitchison, Jean (1994). "Say, say it again Sam". The treatment of repetition in linguistics. In Swiss Association of University Teachers of English (Hrsg.), *Repetition* (S.15-34). Tübingen: Narr.

Ajdacic-Gross, Vladeta & Jeanneret, Olivier (1999). Suizid. In Felix Gutzwiller & Olivier Jeanneret (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health* (2. Aufl., S.319-329). Bern: Huber.

Ajdacic-Gross, Vladeta & Rehm, Jürgen (2007). Suizid. In Felix Gutzwiller & Fred Paccaud (Hrsg.), *Sozial- und Präventivmedizin, Public Health* (3., vollst. überarb. Aufl., S.282-287). Bern: Huber.

- Alexander, Leslie B. & Luborsky, Lester (1986). The penn helping alliance scales. In Leslie S. Greenberg & William M. Pinsof (Hrsg.), *The psychotherapeutic process. A research handbook* (S.325-366). New York: Guilford Press.
- Avdi, Evrinomy (2010). Gespräche analysieren in der "Redekur": Konversations-, Diskurs- und narrative Analyse psychoanalytischer Psychotherapie. In Jeremy Holmes (Hrsg.), *Psychoanalytische Psychotherapie* (S.57-77). München: CIP-Medien.
- Bachelor, Alexandra & Horvath, Adam (2001). Die therapeutische Beziehung. In Mark A. Hubble (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen* (S.137-192). Dortmund: Verlag Modernes Lernen.
- Bassler, Markus; Potratz, Barbara & Krauthauser, Helmut (1995). Der "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut*, 40(1), 23-32.
- Beautrais, Annette L. (2004). Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(1), 1-11.
- Beck, Aron T.; Ward, Calvin H.; Mendelson, Marc; Mock, Jeremiah & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Boothe, Brigitte (2004). *Der Patient als Erzähler in der Psychotherapie*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Boothe, Brigitte & Heigl-Evers, Anneliese (1996). *Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung*. München: Reinhardt.
- Britton, Ronald (2003). *Sex, death, and the superego. Experiences in psychoanalysis*. London: Karnac.
- [Buchholz, Michael B.](#) (2009). Takt in der Konversation. Mit Bemerkungen zu Rücksicht und Respekt, Verletzungen und Rhythmus. *Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 1, 129-150.
- Deppermann, Arnulf (2008). *Gespräche analysieren* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Díaz, Félix; Antaki, Charles & Collins, Alan (1996). Using completion to formulate a statement collectively. *Journal of Pragmatics*, 26, 525-542.
- Dyck, Ronald J.; Joyce, Anthony S. & Azim, Hassan F.A. (1984). Treatment noncompliance as a function of therapist attributes and social support. *Canadian Journal of Psychiatry*, 29(4), 212-216.
- Ferrara, Kathleen (1992). The interactive achievement of a sentence: Joint productions in therapeutic discourse. *Discourse Processes*, 15(2), 207-229.
- Fiehler, Reinhard (1999). Was tut man, wenn man kooperativ ist? Eine gesprächsanalytische Explikation der Konzepte "Kooperation" und "Kooperativität". In Annette Mönlich & Ernst Jaskulski (Hrsg.), *Kooperation in der Kommunikation* (S.52-58). München: E. Reinhardt.
- Franz, Matthias (1997). Die Bedeutung von Vertrauen und Wertschätzung für den Weg in die psychotherapeutische Beziehung. In Martin Schweer (Hrsg.), *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens* (S.177-188). Neuwied: Luchterhand.
- Frei, Michael (2008). Vertrauensaufbau im Erstgespräch mit Patienten nach Suizidversuch. *Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Psychologisches Institut, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse*.
- Gelso, Charles J. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy Research*, 19(3), 253-264.
- Gomes-Schwartz, Beverly (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(5), 1023-1035.
- Grimmer, Bernhard (2006). *Psychotherapeutisches Handeln zwischen Zumuten und Mut machen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grossmann, Klaus E. & Grossmann, Karin (2002). Klinische Bindungsforschung aus der Sicht der Entwicklungspsychologie. In Bernhard Strauss, Anna Buchheim & Horst Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S.295-318). Stuttgart: Schattauer.
- Harris, E. Clare & Barraclough, Brian (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228.
- Hartley, Dianna E. & Strupp, Hans H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. In Joseph M. Masling (Hrsg.), *Empirical studies of psychoanalytical theories* (S.1-37). Hillsdale: The Analytic Press.

- Jacobs, Douglas G.; Brewer, Margaret & Klein-Benheim, Marci (1999). Suicide assessment: An overview and recommended protocol. In Douglas G. Jacobs (Hrsg.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (S.3-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kallmayer, Werner (2006). *Analysemethoden der Konversationsanalyse*. <http://gais.ids-mannheim.de/information/glossar/analyse.pdf> [Zugriff: 10.12.2006, Broken Link].
- Klüwer, Rolf (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37(9), 828-840.
- Koller, Michael & Lorenz, Wilfried (1997). Vertrauen zwischen Arzt und Patient: Analyse und Überwindung von Kommunikationsdefiziten. In Martin Schweer (Hrsg.), *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens* (S.164-176). Neuwied: Luchterhand.
- Krampen, Günter (1997). Zur handlungs-, persönlichkeits- und entwicklungstheoretischen Einordnung des Konstrukts Vertrauen. In Martin Schweer (Hrsg.), *Vertrauen und soziales Handeln. Facetten eines alltäglichen Phänomens* (S.16-61). Neuwied: Luchterhand.
- Kurz, Alexander; Möller, Hans-Jürgen; Bürk, Friedemann; Torhorst, Arnold; Wächtler, Claus & Lauter, Hans (1988). Evaluation of two different aftercare strategies of an outpatient aftercare program for suicide attempters in a general hospital. In Hans-Jürgen Möller, Armin Schmidtke & Rainer Welz (Hrsg.), *Current issues of suicidology* (S.414-418). Berlin: Springer.
- Lewis, Belinda (1995). Psychotherapeutic discourse analysis. *American Journal of Psychotherapy*, 49(3), 371-384.
- Luborsky, Lester (1976). Helping alliances in psychotherapy. In James L. Cleghorn (Hrsg.), *Successful psychotherapy* (S.92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, Lester (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Lucius-Hoene, Gabriele & Deppermann, Arnulf (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Marziali, Elsa; Marmar, Charles & Krupnick, Janice (1981). Therapeutic alliance scales: Their development and relationship to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychiatry*, 138, 361-364.
- Michel, Konrad (2002a). Der Arzt und der suizidale Patient. Teil 1: Grundsätzliche Aspekte. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 29/30, 704-707.
- Michel, Konrad (2002b). Der Arzt und der suizidale Patient. Teil 2: Praktische Aspekte. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 31, 730-734.
- Michel, Konrad (2011). Introduction. In Konrad Michel & David A. Jobes (Hrsg.), *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient* (S.3-10). Washington: American Psychological Association.
- Michel, Konrad & Valach, Ladislav (2001). Suicide as goal-directed action. In Kees van Heeringen (Hrsg.), *Understanding suicidal behaviour. The suicidal process approach to research, treatment and prevention* (S.230-254). Chichester: Wiley.
- Michel, Konrad; Maltsberger, John T.; Jobes, David A.; Leenaars, Antoon A.; Orbach, Israel; Stadler, Kathrin; Dey, Pascal; Young, Richard A. & Valach, Ladislav (2002). Discovering the truth in attempted suicide. *American Journal of Psychiatry*, 56(3), 424-437.
- Miller, Michael Craig & Paulsen, Randell Howard (1999). Suicide assessment in the primary care setting. In Douglas G. Jacobs (Hrsg.), *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (S.520-539). San Francisco: Jossey-Bass.
- Peräkylä, Anssi (2008). Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect, and intersubjectivity. In Anssi Peräkylä, Charles Antaki, Sanna Vehviläinen & Ivan Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy* (S.100-119). Cambridge: Cambridge University Press.
- Peräkylä, Anssi; Antaki, Charles; Vehviläinen, Sanna & Leudar, Ivan (2008). Analysing psychotherapy in practice. In Anssi Peräkylä, Charles Antaki, Sanna Vehviläinen & Ivan Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy* (S.5-25). Cambridge: Cambridge University Press.
- Petermann, Franz (1997). Interpersonales Vertrauen in der Arzt-Patient/innen-Beziehung. In Martin Schweer (Hrsg.), *Interpersonales Vertrauen. Theorien und empirische Befunde* (S.155-164). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Rogers, James R. (2003). The anatomy of suicidology: A psychological science perspective on the status of suicide research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 9-20.

Sacks, Harvey (1987). On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation. In Graham Button & John R.E. Lee (Hrsg.), *Talk and social organisation* (S.54-69). Clevedon: Multilingual Matters.

Schauenburg, Henning & Strauss, Bernhard (2002). Bindung und Psychotherapie. In Bernhard Strauss, Anna Buchheim & Horst Kächele (Hrsg.), *Klinische Bindungsforschung. Theorien – Methoden – Ergebnisse* (S.281-292). Stuttgart: Schattauer.

Schmitt, Reinhold & Deppermann, Arnulf (2009). "Damit Sie mich verstehen": Genese, Verfahren und recipient design einer narrativen Performance. In Mareike Buss, Stephan Habscheid, Sabine Jautz, Frank Liedtke & Jan Georg Schneider (Hrsg.), *Theatralität des sprachlichen Handelns. Eine Metaphorik zwischen Linguistik und Kulturwissenschaften* (S.79-114). Paderborn: Fink.

Schwab, Reinhold (1997). Interpersonales Vertrauen in der psychotherapeutischen Beziehung. In Martin Schweer (Hrsg.), *Interpersonales Vertrauen. Theorien und empirische Befunde* (S.165-179). Opladen: Westdeutscher Verlag.

Schwitalla, Johannes (2006). Kohäsion statt Kohärenz. Bedeutungsverschiebungen nach dem Sprecherwechsel – vornehmlich in Streitgesprächen. In Arnulf Deppermann & Thomas Spranz-Fogasy (Hrsg.), *be-deuten. Wie Bedeutung im Gespräch entsteht* (2. Aufl., S.106-118). Tübingen: Stauffenburg.

Selting, Margaret; Auer, Peter; Barden, Birgit; Bergmann, Jörg; Couper-Kuhlen, Elizabeth; Günthner, Susanne; Meier, Christoph; Quasthoff, Uta; Schlobinski, Peter & Uhmann, Susanne (1998). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). *Linguistische Berichte*, 173, 91-122.

Streeck, Ulrich (2001). "Ja, genau, genau." Bestätigungen als Versuche des Patienten, die Kompetenz des Psychotherapeuten als eigene zu deklarieren. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 3(1), 74-94.

Streeck, Ulrich (2004). *Auf den ersten Blick: Psychotherapeutische Beziehungen unter dem Mikroskop*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Streeck, Ulrich (2006). Erzählen und Interaktion. Auf dem Weg zu einer Mikroethnographie von Psychotherapie. In Vera Luif, Gisela Thoma & Brigitte Boothe (Hrsg.), *Beschreiben – Erschließen – Erläutern. Psychotherapieforschung als qualitative Wissenschaft* (S.173-182). Lengerich: Pabst.

Streeck, Ulrich (2009). Der Psychotherapeut "unter Druck". *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 11(1), 19-35.

Streeck, Jürgen & Streeck, Ulrich (2001). Mikroanalyse sprachlichen und körperlichen Interaktionsverhaltens in psychotherapeutischen Beziehungen. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 4(1), 61-78.

Valach, Ladislav; Michel, Konrad; Dey, Pascal & Young, Richard (2002). Self-confrontation interview with suicide attempters. *Counseling Psychology Quarterly*, 15(1), 1-22.

Vehviläinen, Sanna (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In Anssi Peräkylä, Charles Antaki, Sanna Vehviläinen & Ivan Leudar (Hrsg.), *Conversation analysis and psychotherapy* (S.120-138). Cambridge: Cambridge University Press.

Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H. & Jackson, Don D. (2007 [1969]). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (11., unveränd. Neuaufl.). Bern: Huber.

Weber, Dieter (1998). *Erzählliteratur: Schriftwerk, Kunstwerk, Erzählwerk*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

## Zu den Autoren und zur Autorin

*Michael FREI* hat an der Universität Zürich klinische Psychologie studiert und arbeitet seit September 2009 als Assistent am Institut für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich. Er doktortiert am Lehrstuhl von Frau Prof. BOOTHE mit klinischem Material von Herrn Prof. MICHEL zum Thema und ist seit Herbst 2008 in postgradualer Ausbildung zum psychoanalytischen Psychotherapeuten (Master of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy [MASP]).

Kontakt:

Michael Frei

Universität Zürich  
Psychologisches Institut  
Klinische Psychologie, Psychotherapie und  
Psychoanalyse  
Binzmühlestrasse 14/16  
8050 Zürich, Schweiz

Tel.: +41 44 635 73 18

Fax: +41 44 635 73 29

E-Mail: [m.frei@psychologie.uzh.ch](mailto:m.frei@psychologie.uzh.ch)

URL:

<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/klipsa.html>

Dr. phil. *Bernhad GRIMMER*, MASP;  
Fachpsychologe für Psychotherapie (FSP);  
abgeschlossene Weiterbildung für  
psychodynamisch-systemisches Coaching und für  
Organisationsentwicklung. Therapeutischer Leiter  
einer Psychotherapiestation für Adoleszente in der  
Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Zurzeit  
Forschungsprojekte zum Verhältnis von  
Psychotherapie und Coaching und zu  
Beziehungsprozessen in Beratungsgesprächen.

Kontakt:

Bernhard Grimmer

Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie  
Psychiatrische Klinik Münsterlingen  
Postfach 154  
8596 Münsterlingen, Schweiz

Tel.: +41 71 686 41 34

E-Mail: [bernhard.grimmer@stgag.ch](mailto:bernhard.grimmer@stgag.ch)

*Konrad MICHEL* hat Arbeiten über ärztliche  
Suizidprävention, die therapeutische Beziehung  
zum suizidalen Patient/innen sowie die Bedeutung  
der Neurobiologie für die psychiatrische Praxis  
veröffentlicht. Er ist Initiant und Organisator der  
internationalen [Aeschi-Conferences](#) und der  
Berner Jahressymposien "Psyche und Gehirn". In  
der klinischen Tätigkeit ist ihm die Integration von  
Psychotherapie und Pharmakotherapie ein  
Anliegen.

Kontakt:

Konrad Michel

Psychiatrische Poliklinik  
Universitäre Psychiatrische Dienste Bern UPD  
Murtenstrasse 21  
3010 Bern, Schweiz

Tel.: +41 31 632 88 11

Fax: +41 31 632 89 50

E-Mail: [konrad.michel@spk.unibe.ch](mailto:konrad.michel@spk.unibe.ch)

Dr. phil. *Ladislav VALACH*, Fachpsychologe für  
Psychotherapie (FSP), Psychotherapeut in eigener  
Privatpraxis, externer Dozent am der Berner  
Fachhochschule, soziale Arbeit,  
Kompetenzzentrum Gerontologie. Er publizierte  
als Autor und Ko-Autor über 150 Artikel und  
Buchkapitel aus dem Bereich Suizid,  
Gesundheitspsychologie, Beratung und  
Rehabilitation.

Kontakt:

Ladislav Valach

Private Praxis  
Lindenstrasse 26  
3047 Bremgarten, Schweiz

Tel.: +41 31 301 73 49

Fax: +41 34 420 00 01

E-Mail: [ladislav.valach@swissonline.ch](mailto:ladislav.valach@swissonline.ch)

Prof. Dr.phil. *Brigitte BOOTHE*, Dipl.-Psychologin, Psychoanalytikerin (DPG, DGPT, FSP), Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse an der Universität Zürich; Leiterin der universitären Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie (Master of Advanced Studies) und in psychologischer Gesprächsführung und Beratung. Leiterin des Interdisziplinären Forums für Psychoanalyse an der Universität und der ETH Zürich (IPF). Publikationen zu den Themen klinische Erzähl- und Traumanalyse.

Kontakt:

Brigitte Boothe

Universität Zürich, Psychologisches Institut  
Klinische Psychologie, Psychotherapie und  
Psychoanalyse  
Binzmühlestr. 14/16  
8050 Zürich, Schweiz

Tel: +41 44 635 73 20

Fax: +41 44 635 73 29

E-Mail: [b.boothe@psychologie.uzh.ch](mailto:b.boothe@psychologie.uzh.ch)

URL:

<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/klipsa/>, <http://www.jakob.uzh.ch>

## Zitation

Frei, Michael; Grimmer, Bernhard; Michel, Konrad; Valach, Ladislav & Boothe, Brigitte (2011). Gelingende und misslingende Beziehungsaufnahmen mit Patientinnen nach Suizidversuch [58 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1), Art. 5, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120151>.