

Alexandra – eine multiperspektivische, qualitative Einzelfallstudie zu Anliegen von PatientInnen im psychodynamischen Erstinterview

Hanspeter Mathys, Lina Arboleda, Valérie Boucsein, Michael Frei, Marie-Luise Hermann, Marc Luder, Marius Neukom & Brigitte Boothe

Keywords:

psychodynamisches Erstinterview; Anliegen von PatientInnen; Einzelfallstudie; Methodentriangulation; Inhaltsanalyse; Kreditierungsanalyse; Erzählanalyse JAKOB; Gesprächsanalyse

Zusammenfassung: Das sorgfältige Erfassen des Anliegens, das PatientInnen im psychotherapeutischen Erstinterview an ihre TherapeutInnen herantragen, ist zentral für dessen Qualität und das Zustandekommen einer psychotherapeutischen Behandlung. Aus psychodynamischer Perspektive interessieren dabei nicht nur explizite, sondern auch implizite Dimensionen, die zu einer psychotherapeutischen Abklärung führen. Die vorliegende Untersuchung berücksichtigt dies durch einen multiperspektivischen Zugang. Unterschiedliche Dimensionen des Anliegens einer Patientin mit dem Decknamen "Alexandra" werden mit vier qualitativen Verfahren herausgearbeitet: der Inhaltsanalyse, der Kreditierungsanalyse, der Erzählanalyse JAKOB sowie der Gesprächsanalyse. Anhand der Untersuchung dieses Erstinterviews wird gezeigt, wie die vier unterschiedlichen Methoden mit ihren spezifischen Befunden durch methodische Triangulation zu einem vertieften Verständnis des Anliegens Alexandras beitragen.

Inhaltsverzeichnis

[1. Einleitung](#)

[1.1](#) Von der Abklärung zur Therapie

[1.2](#) Was PatientInnen an ihr Gegenüber herantragen: das Anliegen

[1.3](#) Fragestellung

[2. Forschungsdesign und Methodik](#)

[4. Beschreibung der einzelnen methodischen Zugänge und deren Befunde](#)

[4.1](#) "Also vielleicht das lernen oder irgendwie Hilfe zu bekommen wie ich umgehen kann mit Ängsten" – inhaltsanalytische Befunde

[4.2](#) Alexandras geringer Kredit für sich selbst – die Perspektive der Kreditierungsanalyse

[4.3](#) "... wie einfach auch eine Art Eifersucht ..." – der narrative Zugang zum Anliegen mithilfe der Erzählanalyse JAKOB

[4.4](#) Gesprächsanalytische Befunde zur ersten Stunde von Alexandras Abklärung

[5. Diskussion](#)

[5.1](#) Konvergente Befunde

[5.2](#) Divergente, sich ergänzende Befunde

[6. Fazit](#)

[7. Ausblick](#)

[Anhang: Das gesprächsanalytische Transkriptionssystem "GAT"](#)

[Literatur](#)

[Zu den Autorinnen und Autoren](#)

[Zitation](#)

1. Einleitung

1.1 Von der Abklärung zur Therapie

Für Menschen, die an psychischen Problemen leiden, ist es oft ein großer Schritt, eine psychotherapeutische Behandlung zu beginnen. Einerseits besteht der Wunsch, dass sich etwas ändert, andererseits ist dieser Schritt mit dem Eingeständnis verbunden, alleine nicht mehr zurechtzukommen. Dies erleben viele als Kränkung, als eine Art von Scheitern. Die Ausgangslage, sich für eine Psychotherapie zu entscheiden, ist in den meisten Fällen von einer tiefen Ambivalenz geprägt. [1]

Dabei ist die Frage, was PatientInnen dazu veranlasst, eine Psychotherapie zu beginnen respektive was sie davon abhält, aus der Sicht der psychosozialen Grundversorgung von hoher Relevanz. Zum einen zeigen epidemiologische Studien, dass eine große Anzahl von Personen mit einer psychischen Erkrankung nicht adäquat und vor allem zu spät behandelt wird. Konkrete Zahlen zu diesem relativ wichtigen epidemiologischen Phänomen existieren nur sehr wenige, und die wenigen sind relativ alt. Einer Studie von 1998 ist zu entnehmen, dass es im Durchschnitt sieben Jahre dauert vom Auftreten der ersten Symptome bis ein Erstkontakt mit einer psychotherapeutischen Fachperson stattfindet (JANSSEN, FRANZ, HERZOG, HEUFT & SCHNEIDER 1998). Diese lange Therapielatenz führt dazu, dass sich Leiden verstärken und chronifizieren, sodass Behandlungsmöglichkeiten erschwert werden. Und zum anderen steht fest: Selbst wenn sich PatientInnen zu einem psychotherapeutischen Erstgespräch durchringen können, heißt das noch nicht, dass sie dann auch eine psychotherapeutische Behandlung beginnen werden. [2]

Aus der Literatur zur Psychotherapieforschung ist bekannt, dass die erste Begegnung mit einer Fachperson aus dem Bereich der Psychotherapie entscheidende Bedeutung dafür hat, in welche Richtung es weitergeht, ob eine Behandlung zustande kommt oder nicht (BOOTHE & GRIMMER 2005; FALLER 1998; KERZ-RÜHLING 2005; SLUNECKO, FISCHER-KERN, ZIMMERLEITER & PONOCNY-SELIGER 2007). Retrospektive PatientInnenbefragungen haben gezeigt, dass diejenigen Erstgespräche am besten eingeschätzt wurden, bei denen die Ratsuchenden den Eindruck hatten, die Fachperson hätte etwas von ihrem Anliegen verstanden (KERZ-RÜHLING 2005). Das sorgfältige Erfassen des Anliegens, mit dem die PatientInnen eine psychotherapeutische Abklärungsstelle aufsuchen, scheint also für das Zustandekommen des therapeutischen Bündnisses eine zentrale Rolle zu spielen. [3]

1.2 Was PatientInnen an ihr Gegenüber herantragen: das Anliegen

Der Begriff des Anliegens spielt in der Psychotherapieforschung nur eine marginale Rolle (Ausnahmen siehe: BENZ, 1988; BOOTHE 1998; NOTHDURFT 1984; WILKE 1992). Die Frage, was ein/e PatientIn in ein Erstgespräch mitbringt, wird in der vorwiegend kognitiv-verhaltenstherapeutisch geprägten Psychotherapieforschung meist unter anderen konzeptuellen Aspekten

untersucht: Häufig interessieren die *Therapieziele (goals)*, die zwischen PatientInnen und TherapeutInnen geklärt werden sollen, und an denen dann gemeinsam gearbeitet wird (BERKING 2004; FALLER 2000; HASLER & SCHNYDER 2002; KERSTING & AROLT 2000; PÖHLMANN 2001) respektive die Frage nach den *Problemen* (MICHALAK & GROSSE-HOLTFOORTH 2006), die PatientInnen ins Erstgespräch mitbringen. CASPAR (2009) hat mit der *Plananalyse* ein differenziertes Konzept zur Erfassung impliziter Pläne von PatientInnen entworfen, die als Grundlage für die Therapieplanung verwendet werden kann. *Behandlungserwartungen* (FALLER 1998) und *Therapiemotivation* (SLUNECKO et al. 2007) sind weitere gut untersuchte Faktoren im Rahmen eines psychotherapeutischen Erstgesprächs. Ein integratives Konzept der therapeutischen Allianz, das sowohl Inhalte als auch Beziehungsfaktoren mitberücksichtigt, hat BORDIN (1979) vorgelegt. Es basiert auf drei voneinander unabhängig gedachten Teilen: Übereinstimmung von PatientIn und TherapeutIn bezüglich der Therapieziele (*agreement on goals*) und der Therapieaufgaben (*tasks*) sowie die Bindung (*bond*) zwischen PatientIn und TherapeutIn. [4]

Zusammenfassend ist erkennbar, dass das Verständnis dessen, was PatientInnen umtreibt und in ein psychotherapeutisches Erstgespräch führt, tendenziell von einer programmatischen Auffassung geprägt ist, die den bewusstseinsfähigen Aspekt dieser Erstbegegnung betont und einen höheren Grad an Ausarbeitung postuliert, als dies in der Realität in der relativ offenen Situation eines psychotherapeutischen Erstgesprächs wohl der Fall ist (FALLER 2000; HASLER & SCHNYDER, 2002). Diese Art der Komplexitätsreduktion bringt den Vorteil einfacherer Operationalisierung mit sich. Aus Sicht der psychodynamischen KlinikerInnen und ForscherInnen fehlt aber einerseits die Dimension des Unbewussten, also der nicht so klar benennbaren Aspekte, die PatientInnen beschäftigen, und andererseits die Tatsache, dass PatientInnen ein Gegenüber aufsuchen, an das sie ihr Problem adressieren, also der Beziehungsaspekt im Erstgespräch. Diese beiden Aspekte sind zentral, und ihnen wird mit dem Begriff des Anliegens Rechnung getragen. Hierauf verweist bereits die alltagssprachliche Definition: Das Anliegen bezeichnet "etwas, was einem am Herzen liegt, von dem man sich wünscht, dass ein anderer dafür etwas tut, dass er es erfüllt" (MÜLLER 1985, S.56). Der Unterschied zwischen Modellen, die in den Kategorien von Problemen, Zielen und Planstrukturen denken und dem Konzept des Anliegens ist von Bedeutung: In der Problemstellung ist bloß ein Sachverhalt konstatiert, aus dem höchstens implizit Leitlinien für die Problembearbeitung zu erschließen sind. Im Anliegen hingegen wird festgelegt, was mit der Problemstellung im Beratungsgespräch gemacht werden soll (NOTHDURFT 1984). Das Anliegen beinhaltet also eine stärker interaktive Komponente, welche einerseits die BeraterInnenkompetenz mit einschließt und andererseits auch die "latente Problemorganisation" (S.153) erfasst. Auch in der narrativen Konzeption des Anliegens sind diese beiden Aspekte, insbesondere der Letztere, von Bedeutung. BOOTHE (1998) betont, dass dieser Teil des Anliegens gar nicht ausgesprochen werden *kann*. Das Anliegen gestaltet sich vielmehr im narrativen Ablauf, in der dramaturgisch entwickelten Inszenierung. In dieser Form zielt es darauf ab, Beteiligung und nachvollziehende Resonanz beim Gegenüber zu entwickeln: "Dort entsteht das

Anliegen. Als Anliegen, das sich im narrativen Prozess zwischen Sprecher und Hörer vermittelt, und zwar im Vollzug, nicht per Thematisierung" (S.53). [5]

Zusammengefasst lassen sich auf dem eben beschriebenen Hintergrund folgende Dimensionen des Anliegens beschreiben: Zu unterscheiden sind explizite und implizite Aspekte, die sowohl den Inhalt als auch den Beziehungsaspekt des Anliegens betreffen. Tabelle 1 verdeutlicht diese vier Dimensionen.

Anliegen	Explizit	Implizit
Inhalt	Explizit formuliertes Anliegen: Schilderung von Problemen, Symptomen, Veränderungswunsch etc.	Nicht bewusster Aspekt des Anliegens: "latente Problemorganisation"; Konflikte, performativ in der Gestaltung von Erzählungen Ausdruck gebracht
Beziehung	Ausdrücklich an TherapeutInnen gerichteter Wunsch, Appell, Befürchtung etc.	Nicht bewusst an TherapeutInnen gerichteter Beziehungsaspekt, performativ in der Gestaltung der Interaktion zum Ausdruck gebracht

Tabelle 1: Vier Dimensionen des Anliegens [6]

1.3 Fragestellung

Nach dieser eher theoretischen Herleitung des Begriffs "Anliegen" als der treibenden Kraft, die PatientInnen in ein psychotherapeutisches Erstgespräch führt, stellt sich nun die Frage: *Wie kann ein solch differenziertes Konstrukt wie das PatientInnen-Anliegen im Erstgespräch in seinen oben dargestellten unterschiedlichen Facetten/Dimensionen systematisch, methodisch schlüssig und nachvollziehbar erfasst werden?* [7]

Die vorliegende Studie geht davon aus, dass verschiedene methodische Zugänge erforderlich sind, um zu jeder der vier Dimensionen aussagekräftige Befunde herausarbeiten zu können. Die Auswahl dieser Methoden wird im folgenden Abschnitt 2 erörtert. Nach einigen Angaben zum Datenmaterial und einer kurzen Charakterisierung der Patientin, deren Erstgespräch in dieser Pilotstudie analysiert wurde (Abschnitt 3), folgt mit Abschnitt 4 der Hauptteil, in dem die verschiedenen Dimensionen des Anliegens der Patientin mithilfe der ausgewählten Verfahren herausgearbeitet werden. Die jeweiligen Befunde werden in Abschnitt 5 hinsichtlich Konvergenz respektive Divergenz betrachtet und diskutiert. Das Fazit in Abschnitt 6 fasst die Ergebnisse dieser Einzelfallanalyse unter konzeptioneller, methodologischer und klinischer

Perspektive zusammen. Zu guter Letzt werden in Abschnitt 7 Anschlussmöglichkeiten für weitere Forschung diskutiert. [8]

2. Forschungsdesign und Methodik

In der hier vorgestellten *Pilotstudie* wird das in Tabelle 1 dargestellte Modell des Anliegens auf ein konkretes Erstgespräch einer Patientin mit dem Decknamen Alexandra angewandt. Was der/die TherapeutIn während und nach des Gesprächs mit seiner/ihrer klinischen Erfahrung und entsprechender Ausbildung zu leisten hat, soll im Rahmen dieser Studie regelgeleitet und nach methodischen Gesichtspunkten nachvollziehbar herausgearbeitet werden. Es geht also darum, in vier voneinander getrennten Analyseschritten mit einer jeweils passenden Methode die vier Dimensionen des Anliegens, das Alexandra in ihr Erstgespräch mitbringt zu bestimmen. Dabei soll sowohl die Tauglichkeit des skizzierten Konzepts "Anliegen" als auch die Tauglichkeit der verwandten Methoden geprüft werden. Für dieses explorativ-heuristische Vorgehen bieten sich in erster Linie qualitative Verfahren an. [9]

An der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich haben sich für die qualitative Erforschung psychotherapeutischer Prozesse verschiedene Verfahren bewährt, die zum Teil an der Abteilung eigens für die Psychotherapieforschung entwickelt wurden. Aus diesem Fundus wurden folgende vier Verfahren ausgewählt. [10]

Für die Analyse des explizit formulierten Inhalts, also der bewusst zugänglichen und benennbaren Aspekte bietet sich die *Inhaltsanalyse* an (MAYRING 2008). Für die explizit an die TherapeutInnen gerichteten Wünsche und Befürchtungen fiel die Wahl auf die *Kreditierungsanalyse* (BOOTHE & HEIGL-EVERS 1996; GRIMMER 2006; HERMANN 2009). Diese untersucht, was sich die PatientInnen – mit ihren Schwierigkeiten und Ressourcen – und die Therapeut/innen im Erstgespräch in Bezug auf das Anliegen zutrauen und wie sie einen gegenseitigen Vertrauensvorschuss, den "Kredit" für eine Psychotherapie, aushandeln. [11]

Für die impliziten, latenten Aspekte des Anliegens hat es sich als besonders fruchtbar erwiesen, den Blick auf narrative Passagen zu richten, also auf (Alltags-) Erzählungen, die konkrete Episoden aus dem Leben der Ratsuchenden beinhalten (BOOTHE 1998, 2011). Diese extrahierten Erzählpassagen wurden mit der *Erzählanalyse JAKOB* mikroanalytisch untersucht mit dem Ziel, latente Wünsche und Ängste sichtbar zu machen. Neben dieser monologischen Textsorte der Erzählung interessiert dann auch, was sich zwischen PatientInnen und TherapeutInnen abspielt. Für die Untersuchung dieses implizit interaktiven Geschehens fiel die Wahl auf die *Gesprächsanalyse* (DEPPERMAN 2009). [12]

Die vorliegende Studie verfolgt den Ansatz der multiplen Triangulation (DENZIN 1989; FLICK 2010). Die genannten methodologischen Perspektiven wurden am selben Material trianguliert. Während Inhalts- und Erzählanalyse eher die expliziten und impliziten *inhaltlichen* Dimensionen des Anliegens untersuchen,

interessieren sich die Kreditierungs- und Gesprächsanalyse eher für die Herstellung der Gesprächssituation und die Gestaltung der *Interaktion*. Die vier Methoden wurden unabhängig voneinander von unterschiedlichen ForscherInnen parallel eingesetzt und die Daten zunächst auch getrennt ausgewertet. Daraus ergaben sich vier parallele Analysen mit teils unterschiedlichen Ergebnissen. Das heißt, die unterschiedlichen Befunde können miteinander konvergieren und somit als gegenseitige Validierung verstanden werden. Sie können aber auch divergieren, was dann die Frage aufwirft, inwiefern sich die Ergebnisse ergänzen. Diese Fragen werden unter Abschnitt 5 diskutiert. Die folgende Tabelle 2 zeigt die Zuordnung der vier Methoden zu den vier Dimensionen des Anliegen.

Anliegen	Explizit	Implizit
Inhalt	<i>Inhaltsanalyse</i> Explizit formuliertes Anliegen: Schilderung von Problemen, Symptomen, Veränderungswunsch etc.	<i>Erzählanalyse</i> Nicht bewusster Aspekt des Anliegen: "latente Problemorganisation"; Konflikte, performativ in der Gestaltung von Erzählungen Ausdruck gebracht
Beziehung	<i>Kreditierungsanalyse</i> Ausdrücklich an TherapeutInnen gerichteter Wunsch, Appell, Befürchtung etc.	<i>Gesprächsanalyse</i> Nicht bewusst an TherapeutInnen gerichteter Beziehungsaspekt, performativ in der Gestaltung der Interaktion zum Ausdruck gebracht

Tabelle 2: Vier Dimensionen des Anliegen mitsamt den entsprechenden Analyseverfahren [13]

3. Datenmaterial

Das Datenmaterial, auf das im Folgenden rückgegriffen wird, stammt aus einer Kollektion von Gesprächen mit PatientInnen, die an der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Abteilung für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse des Psychologischen Instituts der Universität Zürich durchgeführt wurden. Mit deren Einverständnis wurden Videoaufnahmen für Forschungszwecke erstellt. Im Zeitraum zwischen 2001 und 2006 sind auf diesem Weg Videoaufzeichnungen von Gesprächen mit 30 Ratsuchenden entstanden. Bei der für diese Pilotstudie ausgewählten Patientin mit dem Pseudonym "Alexandra" handelt es sich um eine 24-jährige Frau, die sich zur Zeit der Abklärung in Ausbildung an einer Schauspielschule befand. In deskriptiv-diagnostischer Hinsicht handelt es sich bei den von ihr geschilderten Symptomen um eine "Angst und depressive Störung, gemischt" (ICD-10, F41.2). Diese Kategorie kommt dann zur Anwendung, wenn sowohl Angst- als auch depressive Symptome vorhanden sind, aber die jeweiligen Symptome nicht den

Schweregrad einer ausgeprägten Angststörung oder einer depressiven Störung aufweisen. Die Patientin Alexandra ist für die Fragestellung deshalb von besonderem Interesse, weil sie im Erstgespräch eine ambivalente Verfassung zur Darstellung brachte, die erwarten ließ, dass sie weder ihr Anliegen klar würde artikulieren können, noch dass ohne Weiteres ein Pakt zwischen Therapeut und Patientin zustande kommen würde. [14]

Die ganze Abklärung, die von einem männlichen Therapeuten durchgeführt wurde, umfasste drei Sitzungen. Untersucht wurde aber nur das erste dieser drei Gespräche. Nach Abschluss der Abklärung wurde Alexandra für die vereinbarte Behandlung an eine Verhaltenstherapeutin überwiesen. [15]

Das videografierte Erstgespräch Alexandras wurde nach MERGENTHALER (1986) transkribiert. Dieses Transkript stellt die Ausgangsbasis für alle methodischen Zugänge dar, wobei für die gesprächsanalytische Untersuchung zusätzlich noch genauere Transkriptauszüge angefertigt wurden (s. Abschnitt 4.4). Zitate aus dem Transkript werden MERGENTHALERs Transkriptionsregeln entsprechend wiedergegeben, das heißt, verschiedene Interpunktions- und andere Zeichen weichen von der üblichen grammatikalischen Schreibweise ab. Größere Transkriptauszüge sind mit einer Zeilennummerierung versehen, die auf deren Stelle im Transkript verweisen. [16]

Eine erste Übersicht über die Struktur von Alexandras Erstgespräch gibt das folgende gestaffelte Balkendiagramm. Das Diagramm repräsentiert die verbale Aktivität Alexandras und des Therapeuten als Zeilen im Transkript. Die blauen Segmente geben die Rede der Patientin, die roten die des Therapeuten wieder. Die gelben Segmente bezeichnen hoch interaktive Phasen rasch wechselseitiger verbaler Aktivität, die nicht in die einzelnen Sprecherbeiträge aufgelöst werden. Der Gesprächsbeginn und die Beendigung sind grün dargestellt.

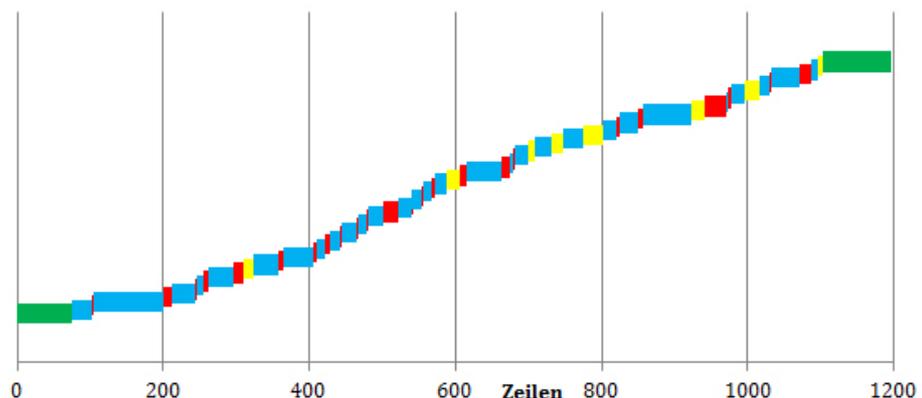


Abbildung 1: Struktur des Erstgesprächs [17]

Im Folgenden werden die verschiedenen methodischen Zugänge und deren Befunde präsentiert. Alle vier Abschnitte folgen dem gleichen Aufbau: Nach einer kurzen Darstellung der jeweiligen Methode folgen die Fragestellungen, die Resultate und ein entsprechendes Fazit im Sinne einer Formulierung des

Anliegens, das Alexandra aus Sicht der jeweiligen Methode zur Darstellung bringt. [18]

4. Beschreibung der einzelnen methodischen Zugänge und deren Befunde

4.1 "Also vielleicht das lernen oder irgendwie Hilfe zu bekommen wie ich umgehen kann mit Ängsten" – inhaltsanalytische Befunde

Der inhaltsanalytische Teil dieser Einzelfallstudie arbeitet das explizite Anliegen der Patientin Alexandra auf der Basis ihrer wörtlichen Mitteilungen heraus (MOCKUNAITE 2011). Das Transkript wurde systematisch mithilfe der folgenden Fragen analysiert: Wo und wie erklärt die Patientin ihr Anliegen in der ersten Abklärungssitzung? Welches sind ihre lexikalischen Wortwahlen? Welches sind die Beiträge des Therapeuten, die zu einer weiteren Akzentuierung des Anliegens der Patientin führen? Als Untersuchungsmethode wurde die induktive, Hypothesen generierende Inhaltsanalyse (MAYRING 2008) mit der spezifischen Technik der "Zusammenfassung" (S.59f.) gewählt. Hierbei steht die systematische und regelgeleitete Reduktion von Textmaterial auf seine wesentlichen Inhalte durch Streichung von Wiederholungen und nicht-inhaltstragenden Textteilen im Vordergrund. [19]

Das Erstgespräch mit Alexandra konnte grob in zehn thematische Segmente unterteilt werden, von denen drei in Bezug auf das Anliegen aussagekräftig sind und einer detaillierten Inhaltsanalyse unterzogen wurden: In der ersten relevanten Textpassage (Z.74-201) beschreibt Alexandra "Ängste", die im Zusammenhang mit beruflichen Anforderungen und in Prüfungssituationen auftreten. Damit verbunden sind Ängste in Bezug auf die Ausbildung, Zukunft und das Leben allgemein. In ihrer Ausbildung (Schauspielschule) sind der Patientin Anerkennung und Lob besonders wichtig. Sie spricht von "einem Wunsch, immer Anerkennung zu bekommen". Im Fall der Nichtbefriedigung dieses Wunsches entstehen allgemeine "Zweifel" an sich selbst, insbesondere an ihrer Eignung als Schauspielerin. Diese Zweifel seien mit "Lustlosigkeit" verknüpft, welche die Angstzustände begleiten. Alexandra spricht von einer ermüdenden "Hasssliebe" in Bezug auf ihre Ausbildung – sie sei unsicher, ob sie die richtige Berufswahl getroffen habe. [20]

In der zweiten Passage (Z.427-465) kommt der Anlass hinzu, der die Patientin in die Abklärung geführt hat: "ein extremes Tief", das sie kürzlich erlebt habe. Sie spricht allgemein von "Nervenzusammenbrüchen", die mit "Beklemmung" beginnen, sie zusammenbrechen und weinen lassen, bis sie "einfach nur noch Angst" vor dem Leben habe. Danach fühle sie sich "gedämpft und belämmert". [21]

In der dritten Passage (Z.821-848) formuliert die Patientin ihre Wünsche bezüglich der Therapie in einem engen Zusammenhang zu den bisher beschriebenen Nöten. Sie möchte einerseits "lernen oder irgendwie Hilfe bekommen", wie sie mit den Ängsten umgehen könne und andererseits eine "Entscheidungshilfe" in Bezug auf ihre Berufswahl erhalten, um aus den

wiederkehrenden und kräfteaubenden Zweifeln heraus zu finden. Als Begründung fügt sie hinzu, dass sie ihre "Mitmenschen" nicht noch stärker beanspruchen könne mit ihren Nöten. [22]

Die Analyse des Interviews in Bezug auf das Anliegen der Patientin förderte keine Inkonsistenzen oder Widersprüche zutage. Bemerkenswert an der Struktur des Erstgesprächs ist, dass die beschriebenen drei Passagen vom Therapeuten jeweils mit einer Aufforderung resp. einer Frage eingeleitet werden:

- "Fangen Sie mal an genau was Sie, hierher bringt vielleicht einfach." (Z.75)
- "Was würden Sie sagen wieso sind Sie grade jetzt! hierhergekommen also was sozusagen?" (Z.427)
- "Was würden Sie sich denn jetzt hier! erhoffen oder wünschen sozusagen, das Ziel aus ihrer Sicht so ein Ziel, der Gespräche für sich?" (Z.821) [23]

Es ist bemerkenswert, dass Alexandra auf die erste Aufforderung und zweite Frage des Therapeuten vollkommen konsistent antwortet, indem sie sich zuerst auf ihre Ängste und dann auf Zweifel in Bezug auf die Berufswahl bezieht. [24]

Kurz vor dem Ende des Gesprächs (Z.943ff.) beschreibt der Therapeut Alexandras Neigung, gegenüber den KlassenkameradInnen in ein ausgeprägtes Konkurrenzverhältnis zu treten, was extreme Selbstzweifel nach sich ziehe. Die Patientin stimmt dieser Sichtweise zu und macht weitere Ausführungen zu ihren Schwierigkeiten, sich selbst zu vertrauen. In Bezug auf das Anliegen führt diese Passage zu einer bisher nicht stattgefundenen Verknüpfung der Themen "Selbstzweifel", "Konkurrenzdruck" und "Tief", ohne dem Anliegen der Patientin jedoch etwas grundlegend Neues hinzuzufügen. [25]

Zusammengefasst wird das explizite Anliegen von Alexandra im Erstgespräch in den folgenden drei Themenkomplexen sichtbar:

1. in der Benennung von *Symptomen*: Ängste, Lustlosigkeit und Erschöpfung, Zweifel an sich selbst und der Berufswahl sowie Zusammenbrüche. Dazu gehören auch ein als problematisch wahrgenommener Wunsch nach Anerkennung und die Neigung, Konkurrenzsituationen herzustellen, aus denen die Patientin als Verliererin hervorgeht;
2. im konkreten *Anlass* eines kürzlich aufgetretenen extremen "Tiefs" oder Nervenzusammenbruchs, aufgrund dessen die Patientin sich entschieden hat, sich bei der psychotherapeutischen Praxisstelle anzumelden;
3. im *Wunsch*, professionelle Hilfe zu bekommen, um die Mitmenschen zu entlasten: lernen, mit den Ängsten umzugehen und der Erhalt von Entscheidungshilfe in Bezug auf die ausgeprägte Ambivalenz gegenüber der Schauspielausbildung und dem Schauspielberuf. [26]

Basierend auf den wörtlichen Aussagen Alexandras kann ihr explizit vorgebrachtes und bewusstes Anliegen wie folgt verdichtet werden: *Ich möchte einerseits lernen oder Hilfe bekommen, wie ich mit meinen Ängsten vor*

Prüfungen und bezüglich meiner Zukunft umgehen kann und andererseits eine Entscheidungshilfe in Bezug auf meine Berufswahl erhalten, damit ich aus meinen kräfteraubenden Zweifeln heraus finde. Diese Formulierung bildet ein Äquivalent zur deskriptiven Diagnose nach ICD-10 (Angst und depressive Störung, gemischt; F41.2). [27]

4.2 Alexandras geringer Kredit für sich selbst – die Perspektive der Kreditierungsanalyse

Die Kreditierungsanalyse stellt das Bindeglied zwischen expliziten Anliegen (Inhaltsanalyse) und impliziten Anliegen (Erzählanalyse) dar. Interaktionelle Prozesse werden, sofern explizit in Kreditierungssequenzen verbalisiert, grobmaschig erfasst, erlangen jedoch nicht die Präzision und Detaillierung der Gesprächsanalyse. In diesem Abschnitt wird untersucht, inwiefern Patientin und Therapeut einen gegenseitigen Vertrauensvorschuss, den "Kredit" für eine Psychotherapie, aushandeln. Die Fragestellungen lauten:

1. Mit welchen Ressourcen und Schwierigkeiten präsentiert Alexandra sich selbst und ihre Beziehungen?
2. Was traut sich Alexandra selbst bzgl. der Bearbeitung ihrer Anliegen zu, und wie kreditierend verhält sich der Therapeut? [28]

Das verwendete Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung bezeichnet eine elterliche Haltung, dem Kind zukünftige Fähigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten zuzuschreiben, was Anerkennung, Motivation und Vertrauen vermittelt (BOOTHE & HEIGL-EVERS 1996, S.133). Übertragen auf die therapeutische Beziehung stellt Kreditierung eine therapeutische Haltung des "Zutrauens und Zumutens" dar (GRIMMER 2006). In Anlehnung an BORDINS (1979) Konzept der *working alliance* mit den Komponenten *goals*, *tasks* und *bond* ist davon auszugehen, dass das initiale Aushandeln des therapeutischen "Kredits" über das Zustandekommen eines Arbeitsbündnisses entscheidet. Darin fließen Zuschreibungen des Therapeuten und die Selbstpräsentation der Patientin ein (GRIMMER, 2006, S.73). Zur systematischen Analyse wurde ein hypothesengeleitetes inhaltsanalytisches Untersuchungsinstrument mit vier Einschlusskriterien entwickelt (HERMANN 2009):

1. ein herausforderndes Projekt (z.B. Therapieziel, Entwicklungsschritt), das
2. Ressourcen erfordert und
3. ein für die Person wichtiges Anliegen enthält, sodass sie dafür Investitionen macht,
4. wird in Form einer Zusprache z.B. von Kompetenz, Anerkennung oder Absprache von Fähigkeiten bewertet – die eigentliche (Dis-) Kreditierungshandlung. [29]

Neben der wechselseitigen interaktionellen (Dis-) Kreditierung zwischen Therapeut und Patientin (s.o. Fragestellung 2) erfassten wir auch Selbstzuschreibungen der Patientin als Selbst(dis)kreditierungen, z.B. was sie

sich in Bezug auf ihr Anliegen zutraut, sowie im Gespräch erwähnte Fremd(dis)kreditierungen dritter Personen, häufig der engsten Bezugspersonen (Fragestellung 1). [30]

Das Erstgespräch enthält 17 Selbstdiskreditierungen gegenüber nur einer Selbstkreditierung. Alexandra präsentiert sich auffällig klar als Person, die über wenige eigene Ressourcen zur Bewältigung ihrer Probleme verfügt. Stattdessen schreibt sie sich vielfache Schwächen und Unfähigkeiten in Bezug auf die Anforderungen des Schauspielberufs, Entscheidungsunfähigkeit, Hilfsbedürftigkeit sowie Selbstzweifel zu, wie das folgende Beispiel verdeutlicht:

- A: ähm: was noch dazukommt äh ich bin an der Schauspielschule? und ähm - ist nicht so eine einfache (lacht leise) Ausbildung.
- T: ja. - was ist, woran denken Sie, wenn Sie sagen es ist nicht einfach also was, was meinen Sie mit
- A: ähm - man braucht so einen gewissen: Exhibitionismus. der: pf., der mir manchmal fehlt, glaub. also so, ich glaube es braucht eine gewisse Itel-also Eitelkeit einfach so. und es ist irgendwie so eine Hassliebe. ähm, also manchmal würde ich am liebsten einfach alles hinschmeissen und das nicht mehr machen. und dann äh - ja, gibt es halt einfach Momente, die extrem die extrem schön sind, auf der Bühne zu stehen, also es ist immer so, (wiegt die Hände hin und her) extremes Wechselbad. wo ähm einfach ziemlich anstrengend ist (Z.101-124). [31]

Im gesamten Gespräch finden sich fünf Fremd(dis)kreditierungen. Es fällt auf, dass andere Personen selten und nur auf Nachfragen des Therapeuten erwähnt werden. Sie erhalten kein Profil, sondern werden in ihrer Funktion als hilfreiche Objekte kreditiert, so die Mutter und der Partner, oder konträr dazu der Vater, der als wenig unterstützend diskreditiert wird. Ihre KommilitonInnen – sie bleiben mit einer Ausnahme gesichtslos – werden bewundernd dargestellt. Der Vergleich mit ihnen dient dem Unterstreichen der eigenen Unvollkommenheit, wie die folgenden beiden Passagen zeigen:

- A: oder halt einfach die L- Leute gesehen die die die, machen können was sie wollen. sie haben Erfolg so also, auf der Bühne. es kommt jetzt nicht darauf an, was sie machen, es ist irgendwie, es klappt einfach immer! und es kommt immer an oder (Z.984-994). [32]

Alexandra richtet in diesem Erstgespräch keine expliziten Erwartungen oder kreditierenden Zuschreibungen an den Therapeuten. Dieser anerkennt ihr Potenzial zu kämpfen und hinterfragt den Stellenwert des Konkurrierens (zwei *interaktionelle* Kreditierungen), hält sich jedoch abgesehen von einer Konfrontation mit ihrer Entscheidungsunfähigkeit (interaktionelle Diskreditierung) mit zumutenden Interventionen zurück. [33]

Die Auswertung aller 25 Kreditierungspassagen zeigt analog zu den inhaltsanalytischen Befunden, dass Alexandra gegen ihre Ängste und Nervenzusammenbrüche vorgehen will. Als weiteres explizites Anliegen vermittelt sie, an der Schauspielschule in der Konkurrenz mit anderen bestehen zu wollen. Implizit präsentiert sie sich in ihren verbalen Äußerungen als wenig kreditierungswürdig und unfähig, ihre Probleme selbstständig zu meistern. Damit erklärt sie stimmig die Inanspruchnahme eines therapeutischen Erstgesprächs und inszeniert – auch indem sie enge Bezugspersonen ausschließlich in ihrer Hilfs-Ich-Funktion¹ wahrnimmt – implizit ein weiteres Anliegen: Sie appelliert an ein empathisch-verstehendes, haltendes und anleitendes Gegenüber. Der Therapeut hat dem weitgehend entsprochen, indem er auf zumutende Konfrontationen weitgehend verzichtet hat. [34]

Alexandras Anliegen lässt sich aus Sicht der Kreditierungsanalyse wie folgt zusammenfassen: Ich fühle mich schwach und unfähig und traue mir nicht zu, ohne Hilfe mit meinen Ängsten und Selbstzweifeln in der Konkurrenz zu bestehen. Darum wünsche ich mir ein empathisches und verständnisvolles Gegenüber, das mir aktiv hilft und mich nicht zu sehr infrage stellt. [35]

4.3 "... wie einfach auch eine Art Eifersucht ..." – der narrative Zugang zum Anliegen mithilfe der Erzählanalyse JAKOB

Im Unterschied zu den im Gespräch explizit formulierten Themen bieten Narrative aus psychodynamischer Perspektive Zugang zu unbewussten Inhalten und entsprechendem Konfliktpotenzial. Im Erstgespräch ist in Erzählungen daher die Präsentation von unbewussten oder latenten Aspekten des Anliegens zu erwarten. Das implizite Anliegen entwickelt sich in der narrativen Reinszenierung, im Ablauf der dargestellten Szene und zielt auf Beteiligung und nachvollziehende Resonanz beim Gegenüber, in diesem Fall beim Therapeuten: "This happens when they both become involved in the concern that stands behind the narrative, without mentioning it explicitly because mentioning it would distance the participants from each other and counteract the motivation of the narrative" (BOOTHE & VON WYL 2004, S.292). Der erzählanalytische Zugang fragt folglich nach dem impliziten Anliegen auf dem Hintergrund des narrativen Prozesses (BOOTHE 2011). [36]

Die Erzählanalyse JAKOB ist ein qualitatives Untersuchungsinstrument zur Analyse von *Alltagserzählungen*, Gesprächsausschnitten, die eine episodische Struktur aufweisen und sequenzielle Abläufe mit definierten Beginn- und Endpunkten darstellen. ErzählerInnen stellen ihre Welt, ihre Wünsche und Ängste in episodischen Erzählungen szenisch dar und offenbaren so ihre Konflikte. Die Mittel der sprachlichen Inszenierung können Aufschluss geben über innere Beweggründe und Konflikte. Erzählungen sind episodische Handlungsabläufe, die räumlich und zeitlich fixiert sind und einen Spannungsbogen mit Start, Entwicklung und Ergebnis aufbauen. Sie werden im Transkript regelgeleitet identifiziert und extrahiert. Die ErzählerInnen stellen die

¹ In der psychoanalytischen Behandlungstechnik gebräuchliche therapeutische Funktion, PatientInnen mit labiler Ich-Struktur zu unterstützen (HEIGL-EVERS & OTT 1994).

Szene als RegisseurInnen mit Figuren, Requisiten und Kulissen aus und inszenieren ihre eigenen und die Aktionen der MitakteurInnen (BOOTHE, GRIMM, HERMANN & LUDER 2010). [37]

In der hier untersuchten ersten Abklärungsstunde der Patientin Alexandra wurden mithilfe der Erzählanalyse JAKOB acht Erzählungen identifiziert. Es ist eine Entwicklung in der Qualität der Erzählungen im Laufe des Gesprächs zu beobachten. Am Anfang sind die *stories* iterativ, d.h. generalisierend, sodass der Therapeut sich kein eindeutiges Bild von Alexandras Schwierigkeiten machen kann. Die drei letzten Erzählungen beschäftigen sich mit der aktuellen Situation, sind im Vergleich zu den übrigen interaktiver und ergeben schließlich ein klareres Bild der sich zuspitzenden Symptomatik. [38]

Die sechste Erzählung "Eine Woche Ferien" hat sich als wichtigste Episode für die Vermittlung des impliziten Anliegens herauskristallisiert. Sie wird im Folgenden in segmentierter Form gemäß den Regeln der Erzählanalyse JAKOB wiedergegeben (ARBOLEDA et al. 2010).

- 1 und habe dann gewusst
- 2 dass meine ganze Klasse für eine Woche nach *Ort geht an ein [40]
Schauspielschultreffen
- 3 das ist so ein Wettbewerb
- 4 wo jede Schauspielschule etwas zeigt
- 5 und dann gibts Preise
- 6 und ich habe entschieden
- 7 dass ich da nicht gehe sondern eine Woche Ferien mache
- 8 und das habe ich dann gemacht
- 9 und in dieser Woche ist es mir eigentlich sehr gut gegangen auch
- 10 und ich habe wieder einmal können einfach ähm in den Ausgang oder [48]
andere Leute treffen also einfach ja so ein wenig abschalten
- 11 und dann ist Sonntag gewesen
- 12 und ich habe gewusst
- 13 am Montag fangen wieder Proben an
- 14 äh
- 15 hab keine Lust gehabt zum wieder proben
- 16 eben weil ich einfach wieder
- 17 es ist einfach wieder es hervorgekommen
- 18 will ich das überhaupt
- 19 und dann äh habe ich am Sonntag erfahren

- 20 dass unsere Klasse äh den Wettbewerb gewonnen hat
21 und äh dass eine noch einen Solo-Preis bekommen hat von unserer Klasse
22 und dann ist es irgendwie so ja
23 dann ist es wie einfach auch eine Art Eifersucht gewesen (Z.870-897). [39]

Das Ergebnis der erzählanalytischen Bearbeitung dieses Narrativs bildet eine psychodynamische Interpretation im Sinne einer *Konfliktmodellierung*: Die Erzählerin entscheidet sich bewusst, nicht am Schauspielertreffen teilzunehmen und stattdessen eine Woche Ferien zu machen. So vermeidet sie die Wettbewerbssituation und die damit verbundene Angst vor Versagen, gleichzeitig kann sie die (narzisstische) Fantasie einer idealen und erfolgreichen Selbstdarstellung aufrechterhalten. Mit der Frage "will ich das überhaupt?" (Segment 18) entwertet sie ihre Berufswahl und verwandelt die passiv erlittenen beruflichen Insuffizienzgefühle in aktive Reflexion über eine Alternative. Nicht ihre Kompetenz als Schauspielerin entscheidet darüber, ob sie den Beruf ausüben kann, sondern sie präsentiert sich so, als ob sie frei wählen könnte. Dies wird ebenso im Satz verdeutlicht "hab keine Lust gehabt zum wieder proben" (Segment 15). Hier geht es um Lust oder Unlust und nicht um Kompetenz oder Inkompetenz. Ihre ablehnende Haltung dem Schauspielberuf gegenüber wird jedoch in dem Moment relativiert, als sie vom Erfolg der Klasse und insbesondere ihrer Mitschülerin erfährt. Das Gefühl des Neids ("so eine Art Eifersucht", Segment 23) macht ihr deutlich, dass sie eine Chance verpasst hat, selbst zu brillieren und einen "Solo-Preis" zu bekommen. Dies führt zu ihrem Zusammenbruch. [40]

Das implizite Anliegen in dieser Erzählung kann wie folgt formuliert werden: *Ich möchte einen Ausweg aus meinem Dilemma finden. Ich möchte imponieren, glänzen und vor allen Konkurrentinnen exklusiv ausgezeichnet werden, gleichzeitig fürchte ich mich davor, kraftlos und unattraktiv zu sein.* [41]

Nachdem die Beispielerzählung im Detail analysiert wurde, wird auf alle acht Erzählungen des Erstgesprächs eingegangen, um die erzählanalytischen Ergebnisse zu vertiefen. Alexandras Erzählungen lassen sich nach der Auswertung mit der Erzählanalyse JAKOB in zwei Gruppen unterteilen: Die Narrative der ersten Gruppe stellen die *Ängste* ins Zentrum, die entstehen, wenn die Wünsche nach ungeteilter Anerkennung nicht erfüllt werden. Sie stellen Alexandras Umgang mit (potenziellen) narzisstischen Kränkungen bzw. Frustrationen dar und bringen die Symptome bzw. die dysfunktionalen Verhaltensmuster zum Ausdruck. Die oben vorgestellte Beispielerzählung gehört zur zweiten Gruppe: Diese *stories* zeigen Alexandras *Wunsch* zu glänzen und geschätzt zu werden, mit dem Thema der phallischen Integrität, aber auch die Angst vor Blamage und Beschämung. Es handelt sich um Konkurrenzsituationen im professionellen Bereich, wo es hauptsächlich ums Brillieren auf der Bühne geht. [42]

Auf dem Hintergrund der Analyse aller acht Erzählungen der ersten Sitzung kann der Konflikt, der Alexandras Anliegen abbildet, zusammenfassend so formuliert werden: Der Wunsch nach Profilierung, d.h. das Bedürfnis, für die eigenen Kompetenzen Applaus und ungeteilte Anerkennung zu bekommen, wird mittels Entwertung des Schauspielberufs und durch Fantasien von Selbstgenügsamkeit sowie der Verwandlung von Passivität in Aktivität abgewehrt. Die Beschreibung der aktuellen Symptomatik zeigt zudem die unbewusste Angst vor Potenzverlust: Alexandras Überzeugung, dass es das Schlimmste wäre, kraftlos, lustlos und unattraktiv zu sein, weil dies in ihr Existenzangst auslöst. Außerdem scheint Kontrollverlust bei Alexandra Schamgefühle hervorzurufen, weshalb sie immer auf der Hut sein muss, nicht unerwartet in eine Prüfungssituation zu geraten. [43]

Als Fazit des erzählanalytischen Zugangs und vor dem Hintergrund psychodynamischer Überlegungen kann man das implizite Anliegen Alexandras im Erstgespräch wie folgt verstehen: *Ich stecke in einem Beschämungsdilemma: Ich möchte brillieren, habe aber Angst, mich zu blamieren. Meine Konkurrenzangst und meine Ansprüche zu imponieren verhindern, dass ich mich auf mich selbst und meine (schauspielerischen) Ressourcen verlassen kann.* [44]

4.4 Gesprächsanalytische Befunde zur ersten Stunde von Alexandras Abklärung

In der Anlage dieses Forschungsprojekts wurde bezüglich der Frage, mit welchem Anliegen PatientInnen zur Abklärung kommen, eine explizite und eine implizite Ebene der Anliegensmanifestation unterschieden. Abschnitt 4.1 hat den inhaltsanalytischen Zugang zum expliziten Anliegen, über das gesprochen werden kann, präsentiert. Das implizite Anliegen kann dagegen nicht direkt in Worte gefasst werden. Es drückt sich vielmehr in der Gestaltung der Interaktion aus. Gesprächsanalytisch kann demnach die Frage nach dem impliziten Anliegen Alexandras als Suche nach spezifischen Mustern der Rollenzuweisung und der wechselseitigen Interaktionsregulation verstanden werden. In der hier vorgestellten Teiluntersuchung wurde das methodische Repertoire der Gesprächs- (DEPPERMAN 2008; LUCIUS-HOENE & DEPPERMAN 2004) und der Interaktionsanalyse (STREECK 2004, 2006, 2009) herangezogen, um diese erste Stunde der Abklärung Alexandras nach solchen Mustern wiederkehrender Praktiken des sich gegenseitigen "be-handeln" (KLÜWER 1983; STREECK 2006) abzusuchen, die für dieses Gespräch charakteristisch sind. Anhand der beispielhaften Explikation und Untersuchung solcher Muster können Antworten auf die Frage nach den geteilten Praktiken der Interaktionsgestaltung (PERÄKYLÄ, ANTAKI, VEHVILÄINEN & LEUDAR 2008) und einem damit verbundenen impliziten Anliegen formuliert werden. [45]

Zum *expliziten Anliegen* Alexandras kann aus gesprächsanalytischer Sicht und als Nachtrag zu Abschnitt 4.1 festgehalten werden, dass das Bestreben um gemeinsame Klärung und Ausformulierung ihres Anliegens ein Ausdruck des Anliegens des Therapeuten ist. Er, nicht sie, spricht ganz zu Beginn des

Gesprächs, nach Klärung der üblichen Präliminarien², von ihrem "Anliegen" und fragt, "was sie hierher bringt"³. Für die detaillierte Untersuchung der explizit für das Anliegen relevanten Passagen kann auf den inhaltsanalytischen Teil dieser Arbeit verwiesen werden. Gesprächsanalytisch gilt diesbezüglich lediglich, auf die interaktive Bedingtheit und Abhängigkeit dieser Abschnitte von den entsprechenden Interventionen des Therapeuten hinzuweisen. [46]

Erstellt man ein Interaktionsprofil mit der Grobstruktur der im inhaltsanalytischen Teil eruierten thematischen Gesprächsabschnitte, dann zeigt sich, was mit dem Befund, dass die Klärung des expliziten Anliegens Alexandras eine Funktion des Anliegens des Therapeuten sei, gemeint ist:

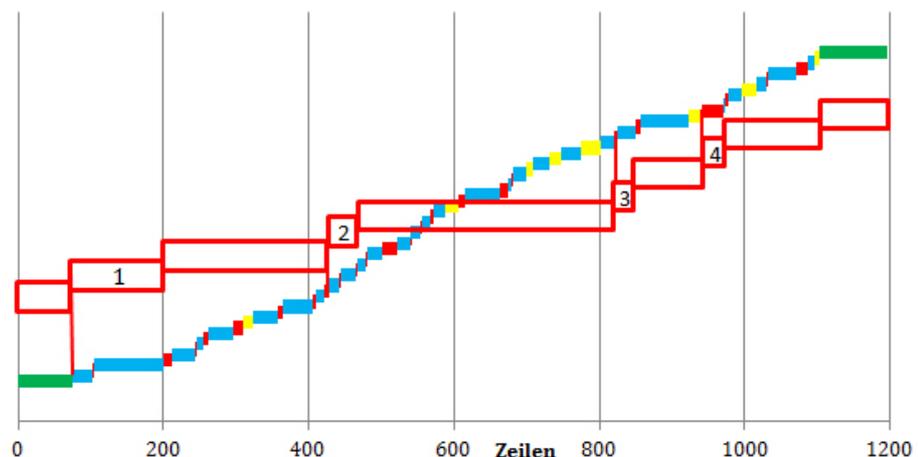


Abbildung 2: Interaktionsprofil mit den inhaltsanalytisch anliegensrelevanten Segmenten 2, 4 und 6 [47]

Das farbige Balkendiagramm in Abbildung 3 bildet eine Zuordnung der transkribierten Rede zu den beiden Sprechenden ab. Die horizontale Achse verweist auf die Zeilen im Transkript, der vertikalen Achse kommt keine Bedeutung zu. Die treppenförmige Staffelung entlang der Vertikalen verweist lediglich auf das Fortschreiten des Gesprächs. Alexandras Rede ist blau abgebildet, die Interventionen des Therapeuten rot. Gesprächseröffnung und -beendigung sind grün und hochinteraktive Phasen, in denen es zu rascher wechselseitiger Redeübergabe kommt, sind gelb eingefärbt. Die inhaltsanalytische Teiluntersuchung hat eine Unterteilung des Gesprächs in zehn thematisch distinkte Segmente gefunden (die rot umrandeten Kästen), wobei die Segmente 2, 4 und 6 als für die explizite Anliegenäußerung Alexandras wesentlich herausgearbeitet wurden (s. Abschnitt 4.1). Aus gesprächsanalytischer Sicht interessiert, wie es im Verlauf der Sitzung zu diesen Äußerungen kommt: Das Segment 2 (Z.74ff.) folgt auf die die

2 Die zum Untersuchungszeitraum geführten Abklärungsgespräche beginnen üblicherweise mit der Klärung der Frage, ob die PatientInnen mit der Aufnahme einverstanden sind und ob sie ein diesbezügliches Informationsblatt gelesen haben. Wird der Aufnahme zugestimmt, muss eine Einverständniserklärung unterzeichnet werden. Daraufhin folgt in der Regel noch die Abgabe eines Fragebogens.

3 Zitate aus dem Transkript des Gesprächs mit Alexandra.

Gesprächseröffnung abschließende Erzählaufforderung und Frage des Therapeuten, was ihr "Anliegen" sei: "Fangen Sie mal an genau was Sie hierher bringt vielleicht einfach". Segment 4 (Z.427ff.) folgt auf die Frage, "was würden Sie sagen, wieso sind Sie gerade jetzt hierhergekommen". Segment 6 (Z.821ff.) wird durch die Frage, "was würden Sie sich denn jetzt hier erhoffen oder wünschen" eingeleitet. Ein zusätzliches, anliegensrelevantes Segment 8 (Z.943ff.) besteht ausschließlich in einer das Anliegen resümierenden Formulierung des Therapeuten. Die Betrachtung der interaktiven Bedingtheit dieser Segmente zeigt also, dass sie durch entsprechende Interventionen vom Therapeuten eingefordert werden oder, wie Segment 8, gleich ganz von ihm stammen. Die Explizierung, Klärung und das gemeinsame Verständnis von Alexandras Anliegen ist ihm offensichtlich selbst ein Anliegen. [48]

Bei der detaillierten Untersuchung dieses Gesprächs fällt ein spezifisches Muster bei der Organisation der *SprecherInnenwechsel* (SACKS, SCHEGLOFF & JEFFERSON 1974) auf, das sich hinsichtlich der Beantwortung der Frage nach dem *impliziten Anliegen* als wertvoll erweist: Über das Gespräch verteilt kommt es zu einer Serie von *Brüchen*, d.h. SprecherInnenwechseln, bei denen Pausen auftreten und nicht ganz klar zu sein scheint, wer weitersprechen soll. Diese Brüche sind im folgenden Interaktionsprofil als vertikale Balken eingezeichnet:

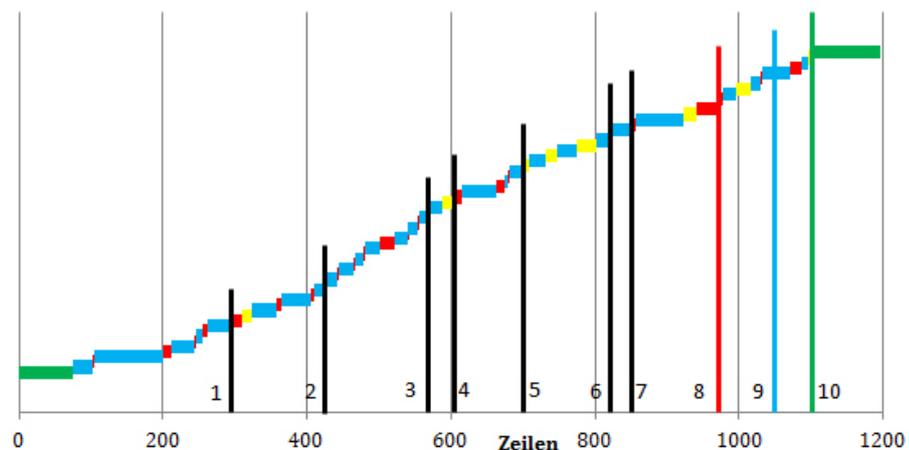


Abbildung 3: Brüche im Gesprächsverlauf [49]

Die sieben ersten, mit schwarzen Balken bezeichneten Sequenzen funktionieren alle nach demselben Muster und sehen im gesprächsanalytischen Feintranskript wie folgt aus:

421 A: ... also ich meine konkurrenz macht man sich ja eigentlich selber (2) also.
 422' T: (-) (mz) indem sie verglEichen [oder
 423' A: [ja] =genau
 424' T: ja (.h) und sich mEssen [°und° mhm mhm ja (5) (.h) mhm (-) (.h) (1) mh-was
 425' A: [genau]
 426' T: würden sie sagen wieso sind sie grade jETZ (-) hierhergekommen also was ...
 ...
 561 A: ... dann (2) hätte ich halt dann: ein:-studium [gemacht °aber° (2) ob das dann
 562' T: [mhm]
 563' A: das richtige gewesen [wäre <<ist die andere frage>lächelnd> (.hh)
 564' T: [mhm] =mhm (5) °ja°
 565' (-) (.h) wie ist denn so ähm (h) (.h) haben sie auch mühe beim schlafen jetzt so?
 566' (-) [oder wenn ...

Abbildung 4: Feintranskript des zweiten (Z.421ff.) und dritten (Z.561ff.) Bruchs⁴ [50]

Diese sieben Brüche zeichnen sich durch eine Reihe gemeinsamer Merkmale aus: Sie ereignen sich erstens alle nach Abschluss eines vorhergehenden Redezugs Alexandras, in dessen Folge der Therapeut zweitens nachdenklich abwartende Hörersignale wie "mhm" und "ja" äußert (Z.424' und 564'). Drittens kommt es dann zu immer ungefähr gleich langen Schweigephasen von ca. fünf Sekunden, die den Bruch konstituieren und in deren Folge sich die Patientin viertens nicht dazu bewegen lässt, das Rederecht selbstbestimmt wieder aufzunehmen, woraufhin der Therapeut fünftens eine neue Frage stellt, die inhaltlich mit der unmittelbar vorhergehenden Rede Alexandras bricht. [51]

Das beidseitig abwartende Festhalten an der HörerInnenrolle in den sieben Brüchen findet in sogenannten "freien Gesprächspausen" (BERGMANN 1982) statt, also an Stellen, an denen das Rederecht frei verfügbar wäre und keine vorhergehende Zuweisung der Äußerungspflicht stattfand. In der Folge macht sich der Therapeut in Selbstwahl zum Sprecher und stellt unverbundene oder rückbezügliche Fragen (Z.424'ff. und 564'ff.), die mit der *lokalen Kohärenz* (SACKS 1987) der unmittelbar vorhergehenden Rede der Patientin brechen. Diese unverbundenen Fragen erinnern an ein explorativ-anamnestisches Interview, bei dem der/die Interviewende von einer Frage zur nächsten übergeht. In den hier als Brüche bezeichneten Sequenzen werden diese Pausen von beiden Beteiligten nachträglich als "Redezugvakancen" (BERGMANN 1982) des Therapeuten behandelt. Er beendet das entstandene Schweigen, indem er der Erwartung nachkommt, das Gespräch wie ein Interviewer mit einer weiteren

4 Die Zeilennummerierung in den Feintranskripten beginnt bei jedem Beispiel mit der entsprechenden Zeilennummer des Rohtranskripts. Da sich die folgenden Zeilen infolge der detaillierteren Notation nicht mehr mit dem Rohtranskript decken, sind die entsprechenden Zeilen des Feintranskripts mit einem ' gekennzeichnet. Zu den konversationsanalytischen Transkriptionskonventionen nach GAT vgl. SELTING et al. (1998) im [Anhang](#).

Frage fortzuführen und zu lenken. Es ist nun nicht mehr nur so, dass seine Fragen und Interventionen eine Antwort oder Erzählung, im Sinne einer klassischen Paarsequenz (*adjacency pair*; SCHEGLOFF & SACKS 1973) erwartbar machen, sondern beide behandeln Alexandras Antworten und Ausführungen darüber hinaus regelmäßig so, als würden diese im Sinne eines *back pairs* (GOFFMAN 1976) anstelle des selbstbestimmten Sprechens Alexandras nur wieder eine weitere Frage seitens des Therapeuten erwartbar machen. Er entspricht und validiert diese Rollenverteilung durch sein Interaktionsverhalten über die sieben Brüche hinweg. So werden, als hätte eine Vorverteilung der Redezüge stattgefunden, aus den freien Gesprächspausen und dem offenen Schweigen nach den Äußerungen der Patientin Redezugvakanz des Therapeuten. Das offen konzipierte psychodynamische Abklärungsgespräch wird hier gemeinsam als ein therapeutengeleitetes klinisches Interview gestaltet. Der Therapeut tritt als Interviewer, lenkend und strukturierend auf. In der Folge des dritten Bruchs (Z.564'ff.) übernimmt er sogar die Rolle eines Arztes, der nach potenziellen Defiziten fragt: "Wie ist es denn so ähm, habe sie auch Mühe beim Schlafen?" [52]

Dieses Muster kann interaktionsanalytisch als gemeinsame Inszenierung von Hilfsbedürftigkeit und dem Bedürfnis nach Anleitung und Führung verstanden werden. SprecherInnenwechsel, bei denen es zu einer Unklarheit bezüglich der Allokation des Rederechts kommt, werden regelmäßig so organisiert, dass es scheint, als müsse der Therapeut Alexandra immer wieder mit konkreten Fragen aushelfen. Die Interaktion wird so eingerichtet, dass Alexandra implizit-performativ als eine hilfs- und anleitungsbedürftige Person erscheint, was sich mit ihrem explizit-verbal vorgetragenen Anliegen deckt. Im letzten Viertel des Gesprächs kommt es dann jedoch zu einer Mutation dieses Musters:

966 T: ...und und dann eben (-) so extr[eme selbst- (.h)
 967' A: [mhm] genau
 968' T: extreme Selbstzwei[fel
 969' A: [ja]
 970' T: ja (h) (.h) (2) (.h) mhm (6) mh. (1)
 971' A: ja und dann habe ich eben hier angerufen (hh)
 972' T: =ja. ja (h) mhm (11) (.h) heisst das
 973' es wär ja frAge wie sie da (h) (.h) (2) soz'sagen (.h) so ne art von (2) also man
 974' kann sich ja fragen ob diese ob (-) sie sozusagen so konkurrieren MÜSSEN ...
 ...
 1040 A: ... die sieht pf ja die hat erOtische ausstrahlung [oder weiss ich was <<lächelnd>
 1041' T: [ja]
 1042' A: [immer irgendwie> [(h) (2) also einfach so in ne schublade auch hinein
 1043' T: [ja]
 1044' A: gezwängt zu werden
 1045' T: mhm (4) mhm (7) (.h) ja (11)
 1046' A: (.h) ja und es ist dann auch °eh° (-) also gestern habe ich eine PREMIERE
 1047' gehabt und ...

Abbildung 5: Feintranskript des achten (Z.966ff.) und neunten (Z.1040ff.) Bruchs [53]

Im achten Bruch⁵ äußert der Therapeut nach einer Pause von elf Sekunden (Z.972'ff.) anstelle einer erneuten Frage, wie er das bisher getan hat, eine Probedeutung. Dies ist das erste Mal, dass er in dieser Begegnung zu diesem Interventionstyp greift. Im darauffolgenden neunten Bruch⁶ enthält er sich schließlich ganz (Z.1045'). Nach einem gemeinsamen Schweigen von insgesamt 22 Sekunden ergreift Alexandra zum ersten Mal in Selbstwahl das Rederecht (Z.1046') und teilt im Folgenden eine letzte Erzählung mit. [54]

Im Gegensatz zu den ersten sieben Brüchen, in denen es zur impliziten Regel wurde, dass, wenn Alexandra nach ca. fünf Sekunden nicht auf seine Hörsignale und sein Schweigen reagiert, der Therapeut die Führung übernimmt und eine neue Frage stellt, nimmt er sich jetzt stärker zurück und wartet deutlich länger. Dadurch bietet sich für Alexandra die Möglichkeit, sich als kompetente Gesprächspartnerin zu bewähren, die ihr zur Verfügung stehende Zeit selbst zu nutzen und für ihre Bedürfnisse in Anspruch zu nehmen. Die Zeilen 1046'ff. zeigen, wie Alexandra nach der längsten Pause in diesem Gespräch selbstbestimmt die Rede ergreift und mit "also Gestern habe ich eine Premiere gehabt" eine letzte Erzählung beginnt. Mit Verweis auf die Befunde des

5 In Abbildung 3 als roter Balken dargestellt.

6 In Abbildung 3 als blauer Balken dargestellt.

erzählanalytischen Teils dieser Untersuchung im vorhergehenden Abschnitt 3.3 kann gesagt werden, dass es sich bei dieser letzten Erzählung um eine Erzählung des zweiten Typs handelt, eine Erzählung also, die von dem ambivalenten Wunsch Alexandras zu glänzen und geschätzt zu werden angetrieben wird. Tatsächlich handelt es sich bei dieser letzten Erzählung um die einzige Erfolgserzählung in diesem Gespräch, bei der das erzählte Ich auf der Bühne "gut ankommt" und auch "Komplimente" für ihren Auftritt erhält⁷. In der Folge dieses neunten Bruchs findet somit wieder eine Verbindung des explizit Erzählten und des implizit Inszenierten statt: Während Alexandra zuvor im Licht der gemeinsam eingerichteten Interaktion implizit-performativ als so hilfsbedürftig und abhängig erschien, wie sie sich explizit-verbal dargestellt hat, so erscheint sie nun sowohl auf der erzählten wie auf der Bühne der laufenden Interaktion als kompetente und mit Ressourcen ausgestattete Sprecherin. Der zehnte Bruch, der in Abbildung 4 als grüner Balken dargestellt ist, leitet die Gesprächsbeendigung ein und wird hier nicht näher untersucht. [55]

Abschließend kann gesagt werden, dass Alexandra auf die Zumutung des Entzugs fürsorglicher Unterstützung und Strukturierung nicht regressiv reagiert, was durchaus denkbar gewesen wäre, sondern progressiv. Sie kann das ihr zugemutete Schweigen und die ihr damit übertragene Eigenverantwortung für sich und das Gespräch nutzbar machen. Beide steigen gegen Ende des Gesprächs aus dem bisher etablierten Interaktionsmuster aus. Der Therapeut gibt sein strukturierendes Schonverhalten auf und ermöglicht Alexandra eine alternative Neupositionierung. [56]

Demgemäß kann das implizite Anliegen Alexandras an den Therapeuten wie folgt formuliert werden: *Traust Du es mir zu, dass ich es trotz meiner anscheinend unsicheren und hilfsbedürftigen Art selbst schaffen kann?* [57]

5. Diskussion

Im abschließenden Teil werden die Befunde, die durch die verschiedenen methodischen Zugänge herausgearbeitet wurden, gesichtet und daraufhin befragt, was sie zum Verständnis von Alexandras Anliegen in dieser ersten Abklärungsstunde beitragen. Wie einleitend erläutert interessieren aus der Perspektive der Triangulation sowohl *konvergente* als auch *divergente* Befunde. Tabelle 3 stellt die jeweiligen Ergebnisformulierungen aus der Sicht Alexandras zusammen.

7 Wobei diese erzählerische Selbstpräsentation durchaus ambivalent geschieht, denn diese Aussagen werden von der Erzählerin durch sog. *Hecken* sorgfältig eingezäunt (LAKOFF 1972): Alexandra sagt, sie sei "eigentlich relativ gut angekommen" und "eigentlich" sei sie "soweit gut angekommen".

Anliegen	Explizit	Implizit
Inhalt	<p><i>Inhaltsanalyse</i></p> <p>Ich möchte einerseits lernen oder Hilfe bekommen, wie ich mit meinen Ängsten vor Prüfungen und bezüglich meiner Zukunft umgehen kann und andererseits eine Entscheidungshilfe in Bezug auf meine Berufswahl erhalten, damit ich aus meinen kräfteaubenden Zweifeln heraus finde.</p>	<p><i>Erzählanalyse</i></p> <p>Ich stecke in einem Beschämungsdilemma: Ich möchte brillieren, habe aber Angst, mich zu blamieren. Meine Konkurrenzangst und meine Ansprüche zu imponieren, verhindern, dass ich mich auf mich selbst und meine (schauspielerischen) Ressourcen verlassen kann.</p>
Beziehung	<p><i>Kreditierungsanalyse</i></p> <p>Ich fühle mich schwach und unfähig und traue mir nicht zu, ohne Hilfe mit meinen Ängsten und Selbstzweifeln in der Konkurrenz zu bestehen. Darum wünsche ich mir ein empathisches und verständnisvolles Gegenüber, das mir aktiv hilft und mich nicht zu sehr infrage stellt.</p>	<p><i>Gesprächsanalyse</i></p> <p>Traut der Therapeut mir zu, dass ich es trotz meiner anscheinend unsicheren und hilfsbedürftigen Art selbst schaffen kann?</p>

Tabelle 3: Methodenspezifische Formulierungen des Anliegens Alexandras [58]

5.1 Konvergente Befunde

Inhaltsanalyse/Gesprächsanalyse:

Es besteht eine Übereinstimmung hinsichtlich der thematischen Unterteilung des Gesprächs in die jeweiligen Unterabschnitte. Die von beiden Verfahren herausgearbeitete Erkenntnis besteht darin, dass die entsprechenden thematisch relevanten Gesprächspassagen durch gezielte Fragen des Therapeuten initiiert und nicht auf eigene Initiative Alexandras berichtet werden. Eine weitere Übereinstimmung besteht im inhaltsanalytisch herausgearbeiteten, explizit geäußerten Bedürfnis nach Anleitung und Entscheidungshilfe und der passiven Art und Weise, wie sich Alexandra in formaler Hinsicht durch das Gespräch führen lässt. Interessant ist an diesem konvergenten Befund, dass er auf zwei verschiedenen Ebenen zustande kommt: Er beruht auf expliziten Äußerungen Alexandras und auf der Analyse ihres Interaktionsverhaltens. [59]

Kreditierungsanalyse/Gesprächsanalyse:

Beide Zugänge betonen eine spezifische implizite Erwartung an das therapeutische Gegenüber: Alexandra sucht nach einem empathisch-verstehenden, haltenden und anleitenden Gesprächspartner. Damit erschließen diese beiden Zugänge eine Form der Vermittlung eines Anliegen, das sich im Gespräch interaktiv inszeniert. [60]

Erzählanalyse:

Die Erzählanalyse ergab keine unmittelbar konvergenten Befunde zu den anderen Verfahren. Dies deutet darauf hin, dass die so herausgearbeiteten Befunde weniger validierend als vielmehr ergänzend und vertiefend zu verstehen sind, was im folgenden Abschnitt verdeutlicht wird. [61]

5.2 Divergente, sich ergänzende Befunde

Auch wenn sich im Vergleich der verschiedenen Verfahren einige Übereinstimmungen gezeigt haben, macht Tabelle 3 deutlich, dass sich durch die Anwendung jeder Methode auch neue Erkenntnisse zu Alexandras Anliegen erschließen. Bei näherer Betrachtung fällt auf, dass sich jeweils zwei methodische Zugänge besonders gut ergänzen: [62]

Inhaltsanalyse/Erzählanalyse:

Mithilfe der Inhaltsanalyse wurden die von Alexandra bewusst verbalisierbaren Aspekte herausgearbeitet (Abschnitt 4.1). Das Anliegen erscheint aufgrund dieser Analyse als ein dreiteiliges Set, bestehend aus einer Problemschilderung (1. Teil), einem Behandlungsanlass (2. Teil) und einem Veränderungswunsch (3. Teil). Was Alexandra nicht formulieren kann, ist der Hintergrund, das intrapsychische Geschehen, das zu diesen Symptomen und Problemen führt. Dies ist gleichzeitig auch die Grenze für die Inhaltsanalyse, die systematisch erfasst, was gesagt wird, darüber hinaus aber keine weiteren Aussagen zu möglichen latenten Zusammenhängen macht. Für diese Frage ist ein anderer methodischer Zugang erforderlich. [63]

Die Erzählanalyse erhellt die Dynamik, welche die dargestellten Symptome und Probleme verursacht, aufrechterhält und verschlimmert. Insbesondere die längere Story "Eine Woche Ferien" (siehe Abschnitt 4.3) liefert hierfür wertvolle Befunde. Alexandra erzählt in dieser Episode auf Nachfrage des Therapeuten, wie es zum erwähnten Zusammenbruch, dem eigentlichen Beratungsanlass, gekommen sei. Sie liefert in der Erzählung den Hintergrund für ihr explizites Anliegen, und sie zeigt damit implizit einen Zusammenhang auf, der ihr nicht bewusst zugänglich ist: Sie teilt mit, dass sie sich einerseits wünscht, zu imponieren, zu glänzen und vor allen Konkurrentinnen exklusiv ausgezeichnet zu werden, sich gleichzeitig aber derart davor fürchtet, kraftlos und unattraktiv zu sein, dass sie diese konflikthafte Situation gar nicht erst entstehen lässt, sondern vermeidet. Sie fährt nicht mit zu diesem Wettbewerb, und als sie erfährt, dass

ihre Klasse den ersten Preis gewonnen hat, und eine Mitschülerin gar noch einen "Solo-Preis" gewonnen hat, erleidet sie einen Zusammenbruch. Die Erzählanalyse zeigt, wieso das, was Alexandra im Sinne eines Zusammenbruchs thematisiert, gerade an diesem Punkt erfolgt ist. [64]

Kreditierungsanalyse/Gesprächsanalyse:

Die Gesprächsanalyse knüpft an die kreditierungsanalytischen Befunde an, vertieft diese und vermag durch die Analyse der Interaktion weitere Schlüsse zu ziehen bis hin zu therapierelevanten Überlegungen [65]

Der kreditierungsanalytische und der gesprächsanalytische Arbeitsschritt haben ein Interaktionsmuster herausgearbeitet, das von Alexandras Hilfsbedürftigkeit zeugt. Beide Verfahren kommen in einem ersten Schritt also zu einem ähnlichen konvergenten Befund. Mithilfe der Gesprächsanalyse, die sich noch etwas mehr für kleinste, mikroskopische Interaktionsphänomene interessiert, wird dann aber deutlich, dass sich dieses Muster nicht bis zum Schluss des Gesprächs durchzieht, sondern sich auf das Ende hin verändert (vgl. Abschnitt 4.4). Alexandra wirkt durch die Veränderung des Interaktionsmusters weniger hilfsbedürftig, vielmehr kann sie den vom Therapeuten zur Verfügung gestellten Raum nutzen für mehr Entscheidungsfreude und Kompetenz. Daraus lässt sich eine These formulieren: Durch zu viel und zu schnelle Hilfeleistung der Umgebung hatte Alexandra zu wenig Möglichkeiten, eigene Kompetenz zu erproben und zu entwickeln. Dieses biografische Interaktionsmuster erachten wir als diskreditierend. Jenes Interaktionsmuster zugunsten einer fordernden, mehr kreditierenden Haltung zu verändern wäre eine mögliche therapeutische Haltung ihr gegenüber. Die neue Haltung des Therapeuten im letzten Abschnitt hat gezeigt, dass Alexandra auf diesen Entzug fürsorglicher Unterstützung und dem ihr überlassenen Gestaltungsraum nicht etwa regressiv, mit noch mehr Hilfsbedürftigkeit, reagiert, vielmehr kann sie diese Zumutung für sich und das Gespräch nutzbar machen. [66]

6. Fazit

Die herausgearbeiteten Ergebnisse lassen sich auf drei verschiedenen Ebenen zusammenfassen: methodologisch, klinisch und konzeptionell. [67]

6.1 Methodologisch

Durch die multiperspektivische Beschäftigung mit diesem Erstgespräch sind die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der einzelnen Verfahren deutlich geworden. Wie fast immer bei qualitativen Studien stellt auch die hier vorgestellte Untersuchung ein relativ aufwendiges Projekt dar. Sie hat viel Zeit in Anspruch genommen, es waren mehrere Personen während dieser Zeit beschäftigt, und von diesen wurden einiges an Kenntnis unterschiedlicher methodischer Zugänge und ihrer theoretischen Hintergründe verlangt. So vielfältig die Ideen bezüglich Forschungsdesigns und Kombinationsmöglichkeiten verschiedener Verfahren sind – wie die *Auswertung und Integration* der einzelnen Befunde

vonstattengehen soll, dazu gibt es aus dem Bereich der Triangulationsforschung noch wenig Konzepte. Das kann einerseits aus der Perspektive einer regelgeleiteten Systematik bemängelt werden, andererseits ist genau diese Offenheit für interpretierende und explorativ-heuristische Studien ein entscheidender Vorteil: Nur so kann der Blick offen genug sein, um etwas zu entdecken, das nicht schon *a priori* vermutet wurde. [68]

Für die vorliegende Untersuchung hat sich bestätigt, was aus der Literatur zur Triangulation mehrfach formuliert wurde: Es sind weniger die konvergenten Befunde, die als Validierungsstrategie eingesetzt werden können, welche die Stärke und den Vorteil eines triangulierenden Ansatzes ausmachen. Es sind vielmehr die divergenten Befunde, die einen Erkenntniszuwachs ermöglichen, "dass also bspw. Erkenntnisse auf unterschiedlichen Ebenen gewonnen werden, die damit weiter reichen, als es mit einem Zugang möglich wäre" (FLICK 2010, S.12). Und ganz auf der Linie von DENZIN (1989) kann abschließend gefolgert werden: "Objective reality will never be captured. In-depth understanding, not validity, is sought in any interpretive study" (S.246). [69]

6.2 Konzeptionell

Erst die Durchführung dieser multiperspektivisch angelegten Pilotstudie ermöglicht eine genauere Formulierung des Konzeptes "Anliegen" in seinen verschiedenen Dimensionen. Die Konzeptualisierung dessen, was PatientInnen in einem psychotherapeutischen Erstgespräch an ihre TherapeutInnen herantragen, ist entscheidend dafür, was aus einem solchen Gespräch an Information herausgearbeitet werden kann. Eine Haltung, die sich primär an Problemen, Zielvorstellungen und entsprechenden Plänen orientiert, wird in erster Linie explizit formuliertes Material entdecken und daraus entsprechende Schlüsse für die Indikation und Therapie formulieren. Die hier entwickelte Konzeptualisierung eines Anliegens berücksichtigt nicht nur explizite und inhaltliche Dimensionen. Sie geht vielmehr davon aus, dass sich ein PatientInnenanliegen auch aus impliziten, also latenten Quellen speist, die den PatientInnen im Moment des Erstgesprächs nicht *per se* zugänglich sind, die sich vielmehr im Verlauf des Gesprächs interaktiv entwickeln, entfalten und – im günstigen Fall – von den Therapeut/innen erkannt werden [70]

6.3 Klinisch

Als klinisches Fazit besonders interessant ist die Divergenz zwischen dem expliziten Wunsch Alexandras nach Schonung, Halt und Unterstützung und dem impliziten Wunsch nach einem zutrauenden Gegenüber, welches einen Freiraum für die Erfahrung von Kompetenz und Selbstwirksamkeit zur Verfügung stellt. Bemerkenswert ist, dass sich dies auf inhaltlicher und interaktiver Ebene am Ende des Gesprächs in spezifischer Art und Weise verdichtet: Die letzte Erzählung – eine der wenigen selbstkreditierenden Erzählungen – erfolgt, nachdem der Therapeut sein Gesprächsverhalten markant verändert hat, indem er nicht mehr konkordant auf die Hilfsbedürftigkeit Alexandras reagiert. Während also zu Beginn des Gesprächs die inhaltlichen, expliziten Momente des Anliegens

im Vordergrund stehen, zeigt sich an dessen Ende, in welchem Verhältnis explizite/implizite und inhaltliche/interaktive Momente des Anliegens Alexandras stehen. Dass sich dieses Zusammenspiel am Ende der Stunde so deutlich auf den beiden für das Anliegen spezifischen Ebenen, der Ebene des Inhalts und der der Beziehungsgestaltung, zeigt, wäre ohne die durchgeführte Methodentriangulation nicht in diesem Ausmaß sichtbar geworden. [71]

7. Ausblick

In diesem letzten Abschnitt sollen kurz die Grenzen dieser Pilotstudie als auch Überlegungen für allfällige weitere mögliche Forschungsarbeiten in dieser Richtung kurz skizziert werden, wiederum aus konzeptioneller, methodologischer und klinischer Perspektive. [72]

Konzeptionell:

Auf der Basis der oben vorgestellten retrospektiven PatientInnenbefragungen (KERZ-RÜHLING 2005), wonach sich ein gutes Erstgespräch dadurch auszeichne, dass PatientInnen den Eindruck bekommen, der Therapeut/die Therapeutin habe etwas von ihren Anliegen verstanden, stellt die vorliegende Studie einen ersten Schritt dar. Der hier vorgeschlagene Versuch, das Anliegen von PatientInnen anhand von vier Dimensionen zu konzeptualisieren, könnte an weiteren Erstgesprächen erprobt und verfeinert werden oder aber es könnten ganz neue Konzepte entstehen. Aus psychodynamischer Sicht scheinen zwei Aspekte unverzichtbar zu sein: zum einen der Einbezug latenter, also unbewusster Dimensionen des Anliegens, zum anderen die Adressierung an ein Gegenüber, also der interaktive Aspekt. [73]

Methodologisch:

Dasselbe gilt für die Auswahl der Methoden, die vom entsprechenden Konzept abhängig ist. Je nach Weiterentwicklung und Verfeinerung dessen, wie das Anliegen verstanden wird, werden auch die entsprechenden Analyseverfahren angepasst werden müssen. Aber auch wenn man dieses vorgeschlagene Modell auf weitere Erstgespräche anwendet, stellt sich die Frage, welche geeigneteren Verfahren die entsprechenden Dimensionen noch treffender erfassen können. [74]

Klinisch:

Die für diese Untersuchung verwendete Datengrundlage ist das Erstgespräch Alexandras. Die ganze Abklärungsphase erstreckte sich über drei Stunden. Die Grenze dieser Untersuchung liegt also zum einen darin, dass nur Aussagen zu dieser ersten Stunde über das Anliegen Alexandras gemacht werden können. Zum zweiten, und dies ist eine wesentlich bedeutsamere Einschränkung, sind nur sehr beschränkt Aussagen darüber möglich, inwiefern der Therapeut etwas von diesem Anliegen erfasst hat und ob er etwas davon in den zwei weiteren Abklärungsgesprächen der Patientin mitteilt. Ebenfalls außerhalb der Untersuchung liegt die weitere interessante Frage, was die Patientin mit diesem

vom Therapeuten formulierten Verständnis des Anliegens anfangen kann. Wie oben beschrieben, kommt es zu einer Indikation: Der Therapeut empfiehlt der Patientin eine kognitive Verhaltenstherapie, ein Vorschlag, der von der Patientin aufgegriffen und umgesetzt wird. Ob es sich bei diesem Vorschlag nun um die Umsetzung eines vertieften Verständnisses des Anliegens handelt oder um eine vom Therapeuten vorgenommene Priorisierung verschiedener nebeneinander vorgetragener Anliegenfoki der Patientin unter Berücksichtigung ihrer Lebenssituation, muss offenbleiben. Wünschenswert wäre in jedem Falle die weitere Untersuchung der ganzen Abklärungsphase, um nicht nur Aussagen über das Anliegen Alexandras machen zu können, sondern auch über die Frage, wie dieses Verständnis des Anliegens zwischen Therapeut und Patientin kommuniziert wurde. [75]

Anhang: Das gesprächsanalytische Transkriptionssystem "GAT", Basistranskript (SELTING et al. 1998)

Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

[]	Überlappungen und Simultansprechen
=	schneller, unmittelbarer Anschluss neuer Beiträge oder Einheiten

Pausen

(.)	Mikropause
(-), (--), (---)	kurze, mittlere, längere Pausen von ca. 0.25-0.75 Sek.; bis ca. 1 Sek
	Pause von mehr als ca. 1 Sek. Dauer

Rezeptionssignale

hm, ja, nein, nee	einsilbige Signale
h=hm, ja=a, nei=ein	zweisilbige Signale

Akzentuierung

akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
--------	--------------------------

Tonhöhenbewegung am Einheitenende

?	hoch steigend
◦	mittel steigend
-	gleichbleibend
;	mittel fallend
.	tief fallend

Sonstige Konventionen

((hustet))	para-/außersprachliche Handlungen/Ereignisse
()	unverständliche Passage je nach Länge
(solche)	vermuteter Wortlaut
al(s)o	vermuteter Laut oder Silbe
(solche/welche)	Alternative Vermutungen
((...))	Auslassung im Transkript
→	Hinweis auf im Text diskutierte Transkriptzeile

Literatur

- Arboleda, Lina; Boothe, Brigitte; Grimm, Geneviève; Hermann, Marie-Luise; Luder, Marc; Neukom, Marius & Stärk, Franziska (2010). Kurzanleitung zur Erzählanalyse JAKOB: Version 10/10. *Berichte aus der Abteilung Klinische Psychologie, Nr. 58, Universität Zürich*.
- Benz, Andreas (1988). Augenblicke verändern mehr als die Zeit. Das psychoanalytische Interview als erster Eindruck von Therapeut und Gesprächspartner. *Psyche, 42*, 577-601.
- Bergmann, Jörg R. (1982). Schweigephase im Gespräch – Aspekte ihrer interaktiven Organisation. In Hans-Georg Soeffner (Hrsg.), *Beiträge zu einer empirischen Sprachsoziologie* (S.143-184). Tübingen: Narr.
- Berking, Matthias (2004). Therapieziele in der psychosomatischen Rehabilitation. *Dissertation, Mathematisch-naturwissenschaftliche Fakultäten, Georg-August-Universität Göttingen*, <http://webdoc.sub.gwdg.de/diss/2004/berking/index.html> [Zugriff: 27.6.2012].
- Boothe, Brigitte (1998). *Psychisches Leben im Spiegel der Erzählung. Eine narrative Psychotherapiestudie*. Heidelberg: Assanger.
- Boothe, Brigitte (2011). *Das Narrativ: Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart: Schattauer.
- Boothe, Brigitte & Grimmer, Bernhard (2005). Die Therapeutische Beziehung aus psychoanalytischer Sicht. In Wulf Rössler (Hrsg.), *Die therapeutische Beziehung* (S.37-58). Heidelberg: Springer.
- Boothe, Brigitte & Heigl-Evers, Annelise (1996). *Psychoanalyse der frühen weiblichen Entwicklung*. Basel: Ruprecht.
- Boothe, Brigitte & von Wyl, Agnes (2004). Story dramaturgy and personal conflict: JAKOB – a tool for narrative understanding and psychotherapeutic practice. In Lynne E. Angus & John McLeod (Hrsg.), *The handbook of narrative and psychotherapy. Practice, theory, and research* (S.283-296). Thousand Oaks: Sage.
- Boothe, Brigitte; Grimm, Geneviève; Hermann, Marie-Luise & Luder, Marc (2010). JAKOB narrative analysis: The psychodynamic conflict as a narrative model. *Psychotherapy Research, 20*(5), 511-525.
- Bordin, Edward S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Caspar, Franz (2009). Plananalyse und Schema-Analyse. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin, 30*, 24-34.
- [Denzin, Norman K.](#) (1989). *The research act* (3. Aufl.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Deppermann, Arnulf (2008). *Gespräche analysieren* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Faller, Herrmann (1998). Behandlungserwartungen bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. *Psychotherapeut, 43*, 8-17.
- Faller, Herrmann (2000). Therapieziele und Indikation. Eine Untersuchung der Fragebogenangaben von Patienten bei der psychotherapeutischen Erstuntersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, 50*, 292-300.
- [Flick, Uwe](#) (2010). *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goffman, Erving (1976). Replies and responses. *Language in Society, 5*, 257-313.
- Grimmer, Bernhard (2006). *Psychotherapeutisches Handeln zwischen Mut machen und Zumuten. Das Beziehungs- und Kommunikationskonzept der Kreditierung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hasler, Gregor & Schnyder Ulrich (2002). Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Nervenarzt, 73*, 54-58.
- Heigl-Evers, Annelise & Ott, Jürgen (1994). *Die psychoanalytisch-interaktionelle Methode. Theorie und Praxis*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hermann, Marie-Luise (2009). *Was im Leben zählt: Kreditierung und Selbstkreditierung alter Menschen im lebensgeschichtlichen Interview*. Bern: Lang.
- Janssen, Paul L.; Franz, Matthias; Herzog, Thomas; Heuft, Gereon & Schneider, Wolfgang (1998). *Wissenschaftliches Gutachten zur Krankenhausplanung für das Fachgebiet Psychotherapeutische Medizin im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg*.

- Kersting, Anette & Arolt, Volker (2000). Unterschiedliche Therapieziele von Patient und Therapeut in der stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 4, 247-248.
- Kerz-Rühling, Ingrid (2005). Wie beurteilen Patienten ihre Erfahrung in einer psychoanalytischen Ambulanz? Eine katamnestiche Untersuchung psychoanalytischer Erstinterviews. *Psyche*, 59, 589-610.
- Klüwer, Rolf (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37(9), 828-840.
- Lakoff, George (1972). Hedges: A study in meaning criteria and the logic of fuzzy concepts. *Chicago Linguistic Society Papers*, 8, 183-22.
- Lucius-Hoene, Gabriele & Deppermann, Arnulf (2004). *Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews* (2. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mayring, Philipp (2008). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (10. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mergenthaler, Erhard (1986). *Die Transkription von Gesprächen. Ulm (Ulmer Textbank)*, www.sip.medizin.uni-ulm.de/informatik/Verlag/TRKRPT.PDF [Zugriff: 13.6.2012].
- Michalak, Johannes & Grosse-Holtforth, Martin (2006). Where do we go from here? – The goal perspective in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 13, 346-365.
- Mockunaite, Egle (2011). Das Anliegen in psychotherapeutischen Abklärungsgesprächen. Eine Inhaltsanalyse am Fall Alexandra. *Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse, Universität Zürich*.
- Müller, Wolfgang (Hrsg.) (1985). *Duden "Bedeutungswörterbuch"* (2., neu bearb. und erw. Aufl.). Mannheim: Duden.
- Nothdurft, Werner (1984). "... äh folgendes Problem äh ...". *Die interaktive Ausarbeitung "des Problems" in Beratungsgesprächen*. Tübingen: Gunter Narr.
- 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.
- Pöhlmann, Karin (2001). Therapieziele und Lebensziele von Psychotherapie Klienten: Problematische Zielkonstellationen und therapeutische Implikationen. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 34, 205-224.
- Sacks, Harvey (1987). On the preferences of agreement and contiguity in sequences in conversation. In Graham Button & John R.E. Lee (Hrsg.), *Talk and social organization* (S.54-69), Philadelphia: Clevedon.
- Sacks, Harvey; Schegloff, Emmanuel A. & Jefferson, Gail (1974). A simple systematics for the organization of turn-taking in conversation. *Language*, 50(4), 696-735.
- Schegloff, Emmanuel A. & Sacks, Harvey (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 8(4), 289-327.
- Selting, Margret; Auer, Peter; Barden, Birgit; Bergmann, Jörg; Couper-Kuhlen, Elisabeth; Günthner, Susanne; Meier, Christoph; Quasthoff, Uta; Schlobinski, Peter & Uhmann, Susanne (1998). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). *Linguistische Berichte*, 173, 91-122.
- Slunecko, Thomas; Fischer-Kern, Melitta; Zimmerleiter, Othmar & Ponocny-Seliger, Elisabeth (2007). Initiale Therapiemotivation und institutionelles Schicksal von ambulanten Psychotherapiepatienten. *Journal für Psychologie*, 15(3), <http://www.journal-fuer-psychologie.de/index.php/jfp/article/view/187> [Zugriff: 18.6.2012].
- 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.
- Wilke, Susanne (1992). *Die erste Begegnung. Eine konversations- und inhaltsanalytische Untersuchung der Interaktion im psychoanalytischen Erstgespräch*. Heidelberg: Asanger.

Zu den Autorinnen und Autoren

Dr. phil. *Hanspeter MATHYS*, Oberassistent an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse am Psychologischen Institut der Universität Zürich. Leiter des Forschungsprojekts "Von der Abklärung zur Therapie – Anliegen von Ratsuchenden im psychodynamischen Erstinterview". Weitere Forschungsschwerpunkte: Psychoanalytische Traumforschung, Gesprächsanalyse psychotherapeutischer Interaktionen. Dozent am oben genannten Lehrstuhl (Techniken der Traumanalyse; Psychodynamische Diagnostik) und im Rahmen der postgradualen Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie der Universität Zürich. Eigene psychoanalytische Praxis in Zürich.

Kontakt:

Hanspeter Mathys
Psychoanalytische Praxis
Reinhardstrasse 10
CH-8008 Zürich

E-Mail: hanspeter.mathys@bluewin.ch
URL: <http://www.hpmathys.ch/>

Dr. des. *Lina ARBOLEDA*, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP; Master of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy. Bis 2013 Assistentin am Lehrstuhl Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse an der Universität Zürich und mit einer Studie zur narrativen Beziehungsgestaltung bei Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung promoviert. Davor postgraduierte (PG-) Psychologin im Psychotherapiebereich der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen. Studium der Psychologie, Psychopathologie und Philosophie an der Universität Zürich und an der Pontificia Universidad Javeriana in Bogota, Kolumbien. Seit 2012 als Psychotherapeutin in einer ambulanten Praxisgemeinschaft tätig.

Kontakt:

Lina Arboleda
Wäldlistrasse 5
CH-8032 Zürich
Tel. +41 44 251 04 83

E-Mail: linamaria.arboleda@psychologie.ch

Lic. phil. *Valérie BOUCSEIN*, Assistentin an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse am Psychologischen Institut der Universität Zürich. Mitarbeiterin am Forschungsprojekt "Von der Abklärung zur Therapie – Anliegen von Ratsuchenden im psychodynamischen Erstinterview". Weitere Forschungsschwerpunkte: Mimische Analyse und Inhaltsanalyse psychotherapeutischer Interaktionen, zertifizierte Kodiererin im Facial Action Coding System (FACS). Lehrtätigkeit (zu psychoanalytischer Gesprächsführung) am oben genannten Lehrstuhl. Psychologin FSP, postgraduale Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie.

Kontakt:

Valérie Boucsein
Abteilung für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Psychoanalyse
Psychologisches Institut
Universität Zürich
Binzmühlestrasse 14/16
CH-8050 Zürich

E-Mail: v.boucsein@psychologie.uzh.ch
URL: <http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/ehem-einheiten/klipsa2/team/vboucsein.html>

Dr. des. *Michael FREI* hat an der Universität Zürich klinische Psychologie studiert und arbeitet als Assistent am Institut für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich. Er hat am ehem. Lehrstuhl von Frau Prof. BOOTHE mit einer gesprächsanalytischen Arbeit doktoriert und hat im Frühling 2013 eine vierjährige Ausbildung zum psychoanalytischen Psychotherapeuten an der Universität Zürich abgeschlossen (Master of Advanced Studies in Psychoanalytic Psychotherapy [MASP]).

Kontakt:

Michael Frei

Abteilung für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Psychoanalyse
Psychologisches Institut
Universität Zürich
Binzmühlestrasse 14/16
CH-8050 Zürich

Tel.: ++41 44 635 73 18

Fax: ++41 44 635 73 29

E-Mail: m.frei@psychologie.uzh.ch

URL:

<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/klipfor/team/mfrei.html>

Dr. phil. *Marie-Luise HERMANN*, Psychologin, Musikerin. Klinische Psychologin an der Privatklinik für Psychotherapie Aadorf. Oberassistentin an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse der Universität Zürich. Forschungsbereiche: Dissertation zur psychischen Gesundheit im Alter, narrative Gerontologie, therapeutische Beziehung (Kreditierung).

Kontakt:

Marie-Luise Hermann

Privatklinik Aadorf
Fohrenbergstr. 23
CH-8355 Aadorf

E-Mail: mlhermann.praxis@bluewin.ch

Dr. phil. *Marc LUDER*, Studium der Klinischen Psychologie, Psychopathologie und Computerlinguistik an der Universität Zürich. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse. Arbeitsschwerpunkte: qualitative Psychotherapieforschung und Erzählanalyse.

Kontakt:

Marc Luder

Abteilung für Klinische Psychologie,
Psychotherapie und Psychoanalyse
Psychologisches Institut
Universität Zürich
Binzmühlestrasse 14/16
CH-8050 Zürich

Tel.: ++41 44 635 73 33

Fax: ++41 44 635 73 29

E-Mail: m.luder@psychologie.uzh.ch

URL:

<http://www.psychologie.uzh.ch/fachrichtungen/klipfor/team/mluder.html>

Dr. phil. *Marius NEUKOM*, Psychoanalytiker/Psychotherapeut (Fachpsychologe für Psychotherapie FSP) und Coach in eigener Praxis. Bis Ende Januar 2013 stellvertretender Leiter der Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse des Psychologischen Instituts der Universität Zürich und Leiter der Psychotherapeutischen Praxisstelle derselben Abteilung. Dozent am Psychologischen Institut der Universität Zürich. Publikationen in den Bereichen Psychotherapie, Psychoanalyse, Coaching und Literaturpsychologie.

Kontakt:

Marius Neukom

Psychoanalytische Praxis
Psychotherapie - Coaching &
Organisationsentwicklung - Weiterbildung
Landoltstrasse 3
CH-8006 Zürich

E-Mail: info@mneukom.ch

URL: <http://www.mneukom.ch/>

Prof. Dr. *Brigitte BOOTHE*, Psychoanalytikerin (DPG, DGPT), Psychotherapeutin (FSP, BDP). Seit 1990 Inhaberin des Lehrstuhls für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychoanalyse an der Universität Zürich. Leiterin der postgradualen Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie, in der Leitung der universitären interdisziplinären Kompetenzzentren für Gerontologie, für Psychotherapie und für Hermeneutik sowie der Arbeitsgruppe PsyNet, Leiterin der universitären psychotherapeutischen Praxisstelle und der universitären psychologischen Beratungsstelle Leben im Alter. Mitherausgeberin der Fachzeitschrift *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*.

Kontakt:

Prof.em. Dr. Brigitte Boothe

Wolfhagstrasse 29
CH-8194 Hüntwangen

E-Mail: brigitte.boothe@uzh.ch

Zitation

Mathys, Hanspeter; Arboleda, Lina; Boucsein, Valérie; Frei, Michael; Hermann, Marie-Luise; Luder, Marc; Neukom, Marius & Boothe, Brigitte (2013). Alexandra – eine multiperspektivische, qualitative Einzelfallstudie zu Anliegen von PatientInnen im psychodynamischen Erstinterview [75 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 14(2), Art. 20, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1302207>.