

Kommunikative Praktiken des Widerstands in psychotherapeutischen Gesprächen:
Patientenwiderstand durch reaktive *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen

Communicative practices of resistance in psychotherapy interactions: Patients' resistance
through reactive *Ich-weiß-nicht*-constructions

by
Philipp Stremlau

A thesis
presented to the University of Waterloo
and the University of Mannheim
in fulfilment of the
thesis requirement for the degree of
Master of Arts
in
Intercultural German Studies

Waterloo, Ontario, Canada / Mannheim, Germany, 2017

© Philipp Stremlau 2017

Ehrenwörtliche Erklärungen

Ich versichere, dass ich die beiliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel einschließlich des Internets angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Author's Declaration

I hereby declare that I am the sole author of this thesis. This is a true copy of the thesis, including any required final revisions, as accepted by my examiners. I understand that my thesis may be made electronically available to the public.

Abstract

In recent years, there has been an increase in conversation analytic research on psychotherapeutic interactions (Marciniak, Nikendei, Ehrental, & Spranz-Fogasy, 2016), particularly on the practices of patient resistance (Ekberg & LeCouter, 2015; Vehviläinen 2008). While some studies have identified broader strategies in patients' responses, few interactional practices have been discussed in detail. Using conversation analytic techniques, I identify and analyze one such practice patients use when resisting in German psychotherapeutic interaction, namely reactive (stand-alone and turn-initial) *Ich-weiß-nicht*-constructions (IWN). Fourteen psychotherapeutic sessions involving five therapists, fourteen patients and a total of 148 cases of IWN have been analyzed. Stand-alone IWN were rare (12/148) and occurred after presupposing questions prompting self reflection or concerning the patients private life. I identify four increasingly resistant pattern of use in stand-alone IWN: They functioned (1) as markers of epistemic trouble, (2) to resist therapists wording (3) to avoid a topic, (4) as indicators of solidified resistance. Turn-initial IWN were more common (53/148), less often resistant and occurred after similar questions as stand-alone ones. They were used (1) without resistance function, (2) as preface to an avoiding answer, (3) as an epistemic block. I only briefly consider turn-medial and turn-final IWN; patients primarily use the former as problem markers. The latter can assume a resistant position in topic closings.

Dank

Meinen Betreuern Herrn Thomas Spranz-Fogasy und Frau Emma Betz für ihre fachliche Unterstützung und stete Hilfsbereitschaft, meinen Eltern Anne und Armin, die mir dieses Studium ermöglicht haben, meinen Kommilitoninnen und Freunden in Waterloo und Mannheim, besonders Alena, Clara, Paul, Roman, Sandra, Anika, Nadine, Johannes, Louisa und den *Pretenders* für zahllose Kaffeepausen und Gespräche: Vielen Dank!

Inhalt

1. Einleitung.....	1
2. Psychotherapeutische Gespräche.....	3
2.1. Das psychotherapeutische Gespräch als kommunikative Gattung.....	3
2.2. Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD).....	5
3. Widerstand als Teil der Psychotherapie.....	9
4. Widerstand als gesprächsanalytisches Konzept.....	11
4.1. Typ-Konformität.....	11
4.2. Polarität und Präferenz.....	12
4.3. Epistemik und Wissensverhandlung.....	13
4.4. Untersuchungen zu Widerstand im psychotherapeutischen Gespräch.....	16
5. Funktionen von <i>Ich-weiß-nicht</i> -Konstruktionen im Gespräch.....	20
5.1. IWN mit epistemischem Schwerpunkt.....	21
5.2. IWN mit pragmatischem Schwerpunkt.....	22
6. Methodik und Daten.....	24
6.1. Methodische Werkzeuge der Gesprächsanalyse.....	24
6.2. Das Korpus der analysierten Gespräche.....	26
7. Analyse.....	28
7.1. Alleinstehende IWN.....	28
7.1.1. Alleinstehende IWN zur Markierung von epistemischen Schwierigkeiten.....	29
7.1.2. Alleinstehende IWN als Widerstand gegen Therapeutenformulierung.....	31
7.1.3. Alleinstehende IWN zur Vermeidung eines Themas.....	34
7.1.4. Alleinstehende IWN als Indikator für verfestigten Widerstand.....	36
7.1.5. Zusammenfassung alleinstehende IWN.....	39
7.2. Initiale IWN.....	39
7.2.1. Initiale IWN in nicht widerständigen Funktionen.....	40
7.2.2. Initiale IWN als Einleitung zu ausweichender Antwort.....	45
7.2.3. Initiale IWN als epistemischer Block.....	48
7.2.4. Zusammenfassung initiale IWN.....	58
7.3. Anriss zu turnmedialen und -finalen IWN.....	59
7.3.1. Turnmediale IWN zur Problemmarkierung.....	60
7.3.2. Turnfinale IWN zum Themenabschluss.....	61
8. Ergebnisse.....	64
9. Fazit und Ausblick.....	67
Literatur.....	69
Anhang.....	73

1. Einleitung

Das Interesse der Gesprächsanalyse an psychotherapeutischer Kommunikation hat besonders in den letzten Jahren stark zugenommen. Der wohl wichtigste Grund dafür liegt in der hervorgehobene Rolle, die Gespräche in der Psychotherapie spielen. In der somatischen Medizin ist das Anamnesegespräch hauptsächlich ein Mittel zur Behandlungsplanung. Psychologische Störungen dagegen werden direkt durch das psychotherapeutische Gespräch behandelt: Es ist gewissermaßen selbst das Medikament, das den Patienten wieder gesund macht. Die Frage danach, welcher sprachlichen Praktiken sich Therapeuten dafür bedienen, wie sie formulieren (Marciniak et. al, 2016) und fragen (Mack, Nikendei, Ehrental, & Spranz-Fogasy, 2016) ist für die gesprächsanalytische Forschung folglich sehr interessant.

In dieser Arbeit wird der Fokus allerdings auf die Reaktion des Patienten gelegt, genauer auf Widerständigkeit und damit auf eine weitere Besonderheit des psychotherapeutischen Gesprächs. Während Widerstand in den meisten Gesprächskontexten vermieden wird, ist eine Abwehrhaltung des Patienten in der Therapie zu erwarten und Konfrontation für den Behandlungserfolg oft sogar nötig. Nur so können dem Patienten verdrängte psychologische Konflikte bewusst gemacht und in Folge bearbeitet werden. Dieser Prozess kann schwierig und schmerzhaft sein und Patienten wehren sich dagegen, z.B. indem sie behaupten, über den behandelten Gegenstand nichts zu wissen. Für die Psychotherapie, in der Wissenserweiterung und Bewusstmachung zentrale Anliegen sind, ist diese Form des Widerstands von großem Interesse. Ziel dieser Arbeit ist es daher, genauer zu bestimmen, wie Patienten durch die Vorgabe von Unwissen kommunikativen Widerstand in psychotherapeutischen Gesprächen leisten. Der Fokus wird dafür auf die Verwendung von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen¹ gelegt, und darauf, inwieweit sie als Widerstandspraktik verwendet werden. Anhand zwölf audiovisuell aufgezeichneter, psychotherapeutischer Sitzungen wird analysiert, wie IWN allgemein im Therapiegespräch vertreten sind, auf welche Therapeutenhandlungen sie folgen, in welcher Funktion sie von Patienten verwendet werden und ob und in welchem Ausmaß sie kommunikativen Widerstand leisten. Es wird sich im Folgenden auf reaktive (d.h. hier alleinstehende und turnintitiale) IWN konzentriert, weil sie direkt auf den Turn des Therapeuten folgen und deshalb voraussichtlich ein höheres Widerstandspotential haben als turnmediale und -finale Varianten. Die in diesem Bereich gewonnene Erkenntnisse können einerseits das gesprächs-

1 Die Bezeichnung *Ich-weiß-nicht*-Konstruktion oder IWN wird als Überbegriff für verschiedene Varianten des Ausdrucks verwendet, die z.B. voll realisiert (*das weiß ich nicht*) oder stark reduziert (*weiß nich*) sein können. Wird von bestimmten Varianten gesprochen, werden diese kursiv gesetzt. Zitate aus den Transkripten stehen in einfachen Klammern.

analytische Verständnis psychotherapeutischer Interaktionen vertiefen. Gleichzeitig ermöglichen sie klinisch tätigen Therapeuten einen differenzierteren Blick auf das Widerstandsverhalten ihrer Patienten und haben so auch für die therapeutischen Praxis eine gewisse Relevanz.

Im folgenden Kapitel wird zuerst eine Einführung in das psychotherapeutische Gespräch als kommunikative Gattung gegeben und die psychotherapeutische Methode erläutert, nach der die analysierten Gespräche geführt wurden. Kapitel 3 widmet sich dem Thema Widerstand aus psychologischer Perspektive. Unter 4. werden dann gesprächsanalytische Konzepte zu Widerstand vorgestellt und bereits unternommene Studien zu Widerstand in psychotherapeutischen Gesprächen diskutiert. Kapitel 5 beleuchtet im allgemeinsprachlichen Kontext analysierte Verwendungsmuster von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen. Im Anschluss werden unter 6. methodische Aspekte besprochen und die analysierten Gespräche näher vorgestellt. Der Analyseteil in Kapitel 7 gliedert sich in die Untersuchung alleinstehender und turninitialer IWN und schließt mit einem Anriss der beiden verbleibenden Varianten. In Ergebniskapitel 8 werden die gewonnenen Erkenntnisse zusammenfassend gesammelt und können unter 9. in einen größeren gesprächsanalytischen und psychologischen Kontext eingeordnet werden. Abschließend wird ein Ausblick auf für zukünftige Analysen interessante Forschungsfragen gegeben.

2. Psychotherapeutische Gespräche

Zur näheren Bestimmung des Forschungsgegenstandes soll zu Beginn der Arbeit ein Blick auf das psychotherapeutische Gespräch als kommunikative Gattung geworfen werden. Dabei wird erläutert, wodurch es sich von anderen Gesprächsformen unterscheidet und ein kurzer Überblick über grundlegende gesprächsanalytische Untersuchungen zum Gegenstand gegeben. Im Anschluss wird mit der operationalisierte psychotherapeutische Diagnostik (OPD) die psychologische Methode vorgestellt, nach der die im Analyseteil der Arbeit behandelten Gespräch geführt worden sind.

2.1. Das psychotherapeutische Gespräch als kommunikative Gattung

Sinn und Aufgabe psychotherapeutischer Gespräche ist es, den Patienten durch Reflektieren und Besprechen psychologischer Probleme von ebendiesen zu befreien. Die Vorstellung, dass Gespräche und Worte eine heilende Wirkung haben können, ist dabei keine neue. Sie findet sich in den Zaubersprüchen des Mittelalters und schon davor im antiken Athen (Marciniak et al., 2016, S. 1).

Ende des 19. Jahrhunderts legten Freud und Breuer mit ihren psychologischen Studien dann den Grundstein für die moderne psychotherapeutische Behandlung (Marciniak et al., 2016, S. 1). Sprache wurden in der Psychologie zu einem wichtigen Behandlungswerkzeug und erregte als solches verständlicherweise das Interesse der linguistischen Gesprächsforschung und verwandter Disziplinen (Marciniak et al., 2016, S. 1). Obwohl psychotherapeutische Gespräche mit ihrem Fokus auf privaten Gefühlen und Erlebnissen den Eindruck alltäglicher Kommunikation erwecken, sind sie eine stark institutionalisierte Gesprächsgattung. Therapeuten sind intensiv für die Gespräche ausgebildet und orientieren sich während der Therapie an psychotherapeutischen Leitlinien. Sie stehen außerdem mit den Patienten in einem asymmetrischen Wissensverhältnis, besitzen – ähnlich wie Ärzte – Expertenwissen und sind gleichzeitig auf Auskunft von Patienten angewiesen, um dieses im Therapiegespräch anzuwenden. Während Therapeuten über ihr eigenes Privatleben nicht sprechen, üben sie bisweilen sogar über Gefühle und Gedanken des Patienten epistemische Autorität aus, indem sie z.B. unbewusste Abwehrmechanismen unterstellen (Marciniak et al., 2016, S. 1). Eine solche Autorität würde in Alltagsinteraktionen einen Angriff auf den epistemischen Status des Gegenübers darstellen, in Kapitel 4.3. wird auf diesen Umstand ausführlicher eingegangen. Patienten und Therapeuten haben außerdem unterschiedliche Motivationen dafür, psychotherapeutische Gespräche zu führen. Patienten leiden unter einer psychologischen Störung und su-

chen Hilfe, um diese zu überwinden. Therapeuten bieten diese Hilfe an, sind aber nicht persönlich betroffen und haben als Dienstleister zusätzlich auch ökonomische Interessen (Fofana, 2016, S. 9). Daran schließen weitere entscheidende Unterschiede zwischen Psychotherapie und Alltagskommunikation an: Ein Therapeut wird bezahlt, die Behandlung findet in einem begrenzten zeitlichen Rahmen statt und hat in der Heilung des Patienten ein klar gestecktes Ziel (Marciniak et al., 2016, S. 2). Bezüglich der folgenden Analyse von Widerstandspraktiken ist es außerdem interessant, dass Konfrontation in der Psychotherapie nicht wie im alltäglichen oder z.B. im ärztlichen Gespräch vermieden, sondern bisweilen vom Therapeuten sogar gesucht wird. Auf diese Weise kann problematisches Verhalten des Patienten elizitiert und bearbeitet, aber eben auch Patientenwiderstand provoziert werden (Marciniak et al., 2016, S. 4). Das Ergebnis ist im Idealfall eine Bewusstmachung, Wissenserweiterung und Wissensumstrukturierung beim Patienten, die zu größerer Handlungsfähigkeit und schließlich einer Behebung seiner psychologischen Einschränkung führt (vgl. Marciniak et al., 2016, S. 3; Scarvaglieri, 2013, S. 262). Sagt eine Patientin *Ich weiß es nicht*, zeigt sie damit also möglicherweise ein Wissensdefizit an, das für die Therapie wichtig sein kann. Gleichzeitig – und darauf legt diese Arbeit ein besonderes Augenmerk – kann sie damit Widerstand leisten und Konfrontation bewirken.

Durch seine institutionelle Position nimmt der Therapeut im psychotherapeutischen Gespräch eine leitende Position ein. Seine kommunikativen Strategien sind strukturierendes Element der Therapiesitzung. Welche Praktiken sich Therapeuten bedienen und inwieweit diese in der Forschung bereits systematisiert wurden, soll deshalb kurz vorgestellt werden. Scarvaglieri (2013) ordnet Frage- und Formulierungsstrategien in die für ihn entscheidenden Handlungskategorien *Deuten* und *Verbalisieren des emotionalen Erlebnisgehalts (VEE)*. Antaki (2008) überträgt das gesprächsanalytische Konzept von Formulations oder Formulationen auf psychotherapeutische Gespräche. Marciniak et al. (2016, S. 6) unterscheiden in diesem Zusammenhang zwischen Highlighting, Rephrasing, Relocating und Exaggerating Formulationen. Mack et al. (2016) zeigen, dass sich diese Kategorien auch auf Therapeutenfragen übertragen lassen und ergänzten sie um Fragen zur kollaborativen Erklärungsfindung und lösungsorientierte Fragen. Erstere werden außerdem bei Siebeking-Thompson (2017, i.V.), letztere bei Kabinik und Spranz-Fogasy (2017, i.V.), Morick (2017, i.V.), Bröcher (2017, i.V.) und Oelschläger (2017, i.V.) näher untersucht. Spranz-Fogasy und Graf (2017, i.V.) untersuchen, wie Beispielnachfragen von Therapeuten formuliert werden, um nach unzureichenden

Patientenantworten mehr Details zu erfahren. Auch zu Modalpartikeln in der Psychotherapie wird aktuell geforscht (Fischer, 2017, i.V.).

Patienten haben auf der anderen Seite die Möglichkeit, kooperativ oder widerständig auf diese Strategien des Therapeuten zu reagieren. Eine Übersicht über dabei beobachtete Muster wird, um Dopplungen zu vermeiden, bei der Vorstellung bereits analysierter Widerstandspraktiken in Kapitel 4.4. gegeben. Erstmal sollen nun die psychotherapeutischen Leitlinien, nach denen die im folgenden analysierten Sprache geführt wurden, knapp skizziert werden.

2.2. Die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD)

Die methodische Grundlage, mithilfe derer die in der Arbeit analysierten Therapiegespräche geführt wurden, ist die operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD). Um ein besseres theoretisches Verständnis der im Folgenden besprochenen Gesprächsausschnitte zu ermöglichen und auch, um die Ergebnisse in ihren speziellen kommunikativen Kontext einordnen zu können, sollen die Grundzüge der OPD an dieser Stelle kurz vorgestellt werden.

Seit 1992 wird das Projekt OPD von einem eigens dafür gegründeten Arbeitskreis betrieben. Ziel ist es, als zu deskriptiv und praxisfern empfundene psychologische Klassifikationssysteme (vor allem ICD-10) um eine psychodynamische Dimension zu erweitern. Wegen ihres biologischen und phänomenologischen Fokus können herkömmliche Klassifikationssysteme besonders psychodynamisch orientierten Therapeuten wenig praktische Handlungsorientierung bieten (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 18). Psychodynamische, auf Freuds Psychoanalyse zurückgehende Theorien, geben für die Behandlung mehr Implikationen, werden aber als uneinheitlich, abstrakt und schwer überprüfbar kritisiert. Die OPD schlägt eine Brücke zwischen beiden Konzepten, die wissenschaftliche Beschreibung und therapeutische Anwendung verbindet. So werden deskriptive, symptomorientierte Klassifikationen psychischer Störungen mit psychodynamischen Kategorien wie *interpersonelle Konflikte* oder *Krankheitserleben* zusammengeführt. Für praktisch tätige Psychologen bietet die OPD damit einen Leitfaden, der zusätzlich zur Beschreibung der psychischen Situation ihrer Patienten auch Handlungsorientierung geben kann (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 19). Auch in der Ausbildung der psychodynamischen Psychotherapie kann die OPD zum Einüben sowohl psychodynamischer als auch phänomenologischer Klassifikationen deshalb eine große Hilfe sein (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 20). Um in der Anwendung Spielräume für eine individuelle Beurteilung zu lassen, sind die klinische-diagnostischen Leitlinien relativ offen formuliert. In der Forschungsgemeinschaft

soll die OPD zu einer besseren und einheitlicheren Kommunikation über die Konstrukte der psychodynamischen Theorie führen. Auch für die Forschung selbst kann die OPD als Instrument eingesetzt werden, etwa um „über striktere diagnostische Kriterien zu einer stärkeren Stichprobenhomogenisierung in Studien beitragen zu können“(Arbeitskreis OPD, 2004, S. 20).

Kernstück der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik bilden fünf Achsen, anhand derer die Patienten und ihre Probleme untersucht werden können. Die ersten vier leiten sich dabei aus einem aus der Psychoanalyse entwickelten, psychodynamischen Verständnis ab. Die Fünfte integriert deskriptiv-phänomenologische Diagnostik und führt so beide Ansätze zusammen. Kurz sollen die wesentlichen Aspekte der fünf Achsen auch mit Blick auf ihre Relevanz für den Bereich interaktionaler Widerstand erläutert werden.

Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen: Krankheitserleben und Krankheitsverarbeitung sind ein zentrales Element jeder psychologischen Behandlung. Für die Indikationsstellung zur Psychotherapie sind etwa Beschwerdesymptomatik, Therapieerwartungen und Leidensdruck des Patienten von großer Bedeutung. Anhand der ersten Achse wird untersucht, wie der Patient von sich aus mit seiner Krankheit umgeht, wie schwerwiegend sie ist, wie sein Umfeld, seine Persönlichkeit, die Therapeutenbeziehung und die Behandlungsmotivation gestaltet sind (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 37). Im Zuge der Analyse von Widerständigkeit spielen besonders Motivation, Selbsteinschätzung und Therapievorstellungen des Patienten eine Rolle.

Achse II – Beziehungen: Thema hier sind (dysfunktionale) Beziehungsmuster des Patienten. Aus Schilderungen von Beziehungsepisoden und aus seinen eigenen Beobachtungen im Behandlungsgespräch zieht der Therapeut Rückschlüsse auf bewusste oder unbewusste Zusammenhänge zwischen Krankheitssymptomen und konflikthaften Beziehungen des Patienten. Es wird untersucht, wie der Patient sich selbst, wie der Patient andere, wie andere den Patienten und wie andere sich gegenüber dem Patienten immer wieder erleben (Arbeitskreis OPD 2004, S. 47). Das kritische Reflektieren persönlicher Beziehungen fällt vielen Patienten schwer, was im Therapeutengespräch zu widerständigem kommunikativem Verhalten führen kann.

Achse III – Konflikt: Als Konflikt wird in der Psychologie das Aufeinandertreffen von entgegengesetzten Verhaltenstendenzen wie Motivationen, Bedürfnissen und Wünschen bezeichnet. Es handelt sich dabei stets um innere und unbewusste Konflikte, die von äußeren

Belastungen unterschieden werden müssen. Innerliche Konflikte sind bei der Entstehung psychischer Störungen von entscheidender Bedeutung. Patienten verstricken sich in ein rigides Entweder-Oder, aus dem sie keinen Ausweg finden. Diese Konflikte aufzudecken und zu bearbeiten ist deshalb ein wichtiges Ziel der psychotherapeutischen Behandlung (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 58). Da es sich um unbewusste Phänomene handelt, spielt Wissen und Nichtwissen der Patienten hierbei eine große Rolle.

Achse IV – Struktur: Der Fokus liegt hier auf die für den Patienten typische Disposition des Erlebens und des Verhaltens. Der Therapeut beobachtet strukturelle Muster am interaktionalen Handeln des Patienten, das er selbst in der Therapie erlebt und von dem ihm im Behandlungsgespräch berichtet wird. Akute psychologische Störungen sind dabei zweitrangig, es werden vielmehr Selbstwahrnehmungs- und Selbstreflexionsfähigkeiten des Patienten sowie Selbstkontrolle und die Möglichkeit zur Abgrenzung analysiert. Die Achse beschreibt gewissermaßen den Hintergrund, vor dem sich die psychologischen Konflikte des Patienten abspielen und ist für die Therapieplanung von großer Bedeutung (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 67).

Achse V – Psychische und Psychosomatische Störungen: Die letzte Achse integriert die etablierten deskriptiv-phänomenologischen Klassifikationssysteme (vornehmlich ICD-10) in die OPD. Damit wird auch in der psychodynamischen Diagnostik eine präzise Beschreibung psychopathologischer Phänomene ermöglicht und in ihrer Notwendigkeit unterstrichen (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 78). Da die Kategorisierung psychologischer Probleme im Folgenden eine untergeordnete Rolle spielt, wird hier nicht weiter auf sie eingegangen.

Die fünf Achsen stehen in der OPD in enger Interaktion miteinander und können sich inhaltlich an manchen Stellen überschneiden. So stellt die Strukturachse beispielsweise den Hintergrund dar, vor dem sich psychologische Konflikte abspielen (Arbeitskreis OPD, 2004, S. 22). Sie sind nicht als nacheinander abzuhakende Therapiestationen zu betrachten sondern sollen dynamisch und flexibel in die Behandlung integriert werden.

In der folgenden Gesprächsanalyse ermöglicht ein grundlegendes Verständnis der OPD die fachliche Motivation hinter therapeutischem Handeln einerseits und mögliche Ursachen für widerständiges Patientenverhalten auf der anderen Seite zumindest in Ansätzen auch psychologisch nachvollziehen zu können. In diesem Zusammenhang ist es besonders wichtig, auf die ohnehin schon hervorgehobene Rolle einzugehen, die Widerstand für die psychotherapeutische Behandlung spielt. Im nächsten Kapitel soll diese veranschaulicht werden, um sie

im Anschluss von einer gesprächsanalytischen Perspektive auf Widerstand abgrenzen zu können.

3. Widerstand als Teil der Psychotherapie

Das Konzept des Widerstands war schon für Freud ein entscheidender Teil der Psychoanalyse und ist bis heute in der Psychotherapie sehr bedeutsam. In der zeitgenössischen psychotherapeutischen Praxis wird unter dem Begriff Widerstand alles gefasst, was den Fortgang der Therapie in irgendeiner Weise behindert, „anything that impedes forward movement of any sort“ (Watkins, 2010, S. 239). Zwei Dinge ändern sich im Laufe der psychotherapeutischen Behandlung nie: Der Wille des Patienten zur Veränderung und gleichzeitig die Angst des Patienten vor ebendieser. Der Veränderungswunsch ist es, der Patienten dazu bewegt, sich therapeutische Hilfe zu suchen. Die Angst vor Veränderung wiederum ist der Grund dafür, dass sie sich der Therapie im Verlauf widersetzen (Yao & Ma 2017, S. 217).

Für die Psychotherapie ist Patientenwiderstand deshalb mehr als ein bloßes Hindernis im Behandlungsablauf. Besonders für die Psychoanalyse und verwandte psychotherapeutische Schulen (wie z.B. die OPD), die sich auf Konzepte über das Unbewusste berufen, hat Widerstand im Therapiegespräch auch eine produktive Funktion. Themen und Aspekte, auf die Patienten ablehnend reagieren, werden dann zum Ausgangspunkt für eine ausführlichere Untersuchung und sind nicht als Scheitern der Interaktion zu werten. In einem solchen Moment schließt der Patient nach Ansicht der Psychoanalyse eine wichtige, aber schmerzhaft Sache aus seinem Bewusstsein aus. Es ist nun das Ziel des Therapeuten, dem Widerstand des Patienten gemeinsam mit ihm auf den Grund zu gehen und ihn auf lange Sicht auch mit seinen unbewussten Problemen zu konfrontieren (vgl. Vehviläinen, 2008, S. 120; Yao & Ma, 2017, S. 217). Im Laufe des psychotherapeutischen Gesprächs macht der Therapeut den Patienten deshalb auf von ihm als widerständig empfundenes Verhalten aufmerksam (*noticing* vgl. Vehviläinen, 2008, S. 125). Dabei muss es sich keineswegs immer um Gesprächsbeiträge des Patienten handeln. Auch verspätetes Erscheinen zu Therapiesitzungen oder ausbleibende Zahlungen können beispielsweise als widerständig thematisiert werden (Vehviläinen, 2008, S. 121). Was der Therapeut auf diese Weise als Zeichen von Widerstand markiert hat, wird im Anschluss als Rätsel oder *Puzzle* im Gespräch genauer untersucht (Vehviläinen, 2008, S. 122). Ein im ersten Moment oft unscheinbares Phänomen wie eine Verspätung oder eine bestimmte Formulierung wird zum Untersuchungsgegenstand der psychotherapeutischen Analyse gemacht, den Therapeut und Patient gemeinsam entschlüsseln müssen. Auf diese Weise nimmt Widerstand im psychotherapeutischen Gespräch eine wichtige Funktion bei der Strukturierung einzelner Therapiegespräche, bei der Auswahl der behandelten Themen und bei der

Bestimmung psychologischer Störungen der Patienten wahr. In der Psychotherapie ist Widerstand aufgrund der sehr persönlichen Gesprächsgegenstände und der bisweilen konfrontativen Gesprächsführung des Therapeuten (vgl. Kapitel 2.1.) außerdem auch eher zu erwarten als in anderen interaktionalen Kontexten.

Im Unterschied zur im Anschluss näher untersuchten konversationsanalytischen Auffassung von Widerstand ist Widerstand in der Psychotherapie also mehr als ein Hindernis in der Interaktion. Er ist durch Konzepte wie z.B. das Unbewusste fest in der psychologischen Theorie verankert und erfüllt im Behandlungsgespräch eine wichtige therapeutische Funktion.

4. Widerstand als gesprächsanalytisches Konzept

Die Untersuchung kommunikativen Widerstands ist Teil sehr vieler Bereiche der konversationsanalytischen Forschung. In der medizinischen Kommunikation beschäftigt sich beispielsweise Stivers (2005a; 2005b) mit widerständigen Patienten. Der Versuch, die zahlreichen verschiedenen Ansätze anhand einer großen Theorie des kommunikativen Widerstands zu bündeln, wurde nach Wissen des Autors bisher leider noch nicht unternommen. Auf den kommenden Seiten sollen deswegen die an dieser Stelle besonders wichtigen Konzepte vorgestellt und im Anschluss für die Arbeit nutzbar gemacht werden. Zuerst werden grundsätzliche Ansätze wie Typ-Konformität, Polarität, Präferenz und Epistemik besprochen. Im Anschluss werden bereits existierende Studien zur Widerständigkeit in der Psychotherapie vorgestellt und im Hinblick auf ihre Bedeutung für die anschließende Analyse diskutiert.

4.1. Typ-Konformität

Das von Raymond (2003) entwickelte Modell zur Typ-Konformität ist in der Konversationsanalyse sehr produktiv und auch hinsichtlich Widerständigkeit von großer Bedeutung. Am Beispiel englischer Yes/No-Interrogatives zeigt Raymond, dass Antworten entweder typ-konform oder nicht typ-konform sein können: Sie erkennen den durch die Frage bestimmten Antwortraum an oder sie tun es nicht. So setzen etwa W-Fragen z.B. die Nennung eines Ortes (Wo?) oder einer Zeit (Wie?) relevant. Auf Ja/Nein-Fragen wird ein *Ja* oder ein *Nein* als Antwort erwartet (Raymond, 2003, S. 944). Nicht typ-konforme Antworten sind in der Interaktion problematisch. Für Yes/No-Interrogatives weist Raymond eine klare Präferenz für typ-konforme Antworten nach. Diese werden in der Großzahl der Fälle gegeben und von Gesprächsteilnehmern als die standardmäßige Reaktion behandelt (Raymond, 2003, S. 947). Für den Gesprächsverlauf haben typ-konforme und nicht typ-konforme Reaktionen unterschiedliche Konsequenzen. Typ-konforme Antworten erlauben dem Fragenden meistens, die Konversation in seinem Sinne fortzusetzen. Bei nicht typ-konformen Antworten kann das Gespräch nicht auf dem intendierten Weg fortgesetzt werden und es kommt zu Verzögerungen im Gesprächsablauf (Raymond, 2003, S. 951).

Es liegt auf der Hand, dass nicht typ-konforme Antworten damit ein effektives Mittel sind, um kommunikativen Widerstand zu leisten. Durch sie kann man sich der durch die Frage vorgegebenen Gesprächsrichtung widersetzen und den Faden gewissermaßen selbst in die Hand nehmen. Für die folgende Analyse ist entscheidend, dass es sich bei *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen praktisch nie um typ-konforme Antworten handelt. Sie funktionieren in vielen

Fällen eher als Begründung dafür, dass keine typ-konforme Antwort gegeben werden kann. Allerdings ist nicht jedes IWN deshalb gleich widerständig. Die vielfältigen Funktionstypen des Ausdrucks werden in Kapitel 5 besprochen und bezüglich ihres jeweiligen Widerstandspotential beurteilt.

4.2. Polarität und Präferenz

Eng mit dem Thema Typ-Konformität hängen die Konzepte Polarisierung und Präferenz zusammen. Bestimmte Sprachhandlungen geben demnach nicht nur den Inhalt des nächsten Turns vor (z.B. Ort bei Wo-Frage). Sie sind zusätzlich polarisiert und markieren eine der möglichen Antworten bereits als präferiert. *Du kommst noch mit, oder?*, setzt beispielsweise nicht nur ein *Ja* oder *Nein* als typ-konform relevant, sondern zeigt auch an, dass dem Fragenden ein *Ja* als Antwort lieber wäre. Typischerweise werden präferierte Antworten dabei zügig gegeben und sind im Gesprächsverlauf unproblematisch, während dispräferierte Antworten – ähnlich wie nicht typ-konforme Antworten – den Gesprächs- und Handlungsverlauf unterbrechen. Sie werden daher oft verzögert gegeben und sind aufwendiger, enthalten beispielsweise eine Rechtfertigung für die unerwünschte Reaktion (Raymond, 2003, S. 943).

Pommerantz und Heritage (2013) beschäftigen sich intensiv mit dem Thema Präferenz und führen in ihrem Artikel unterschiedliche Perspektiven dazu an. Besonders ihre Beobachtungen zu *responding actions* sind im Folgenden interessant, weil sie sich auf Patientenantworten im psychotherapeutischen Gespräch übertragen lassen. Antworten und Reaktionen liegt demnach folgendes Prinzip zugrunde:

If possible, avoid or minimize a stated disagreement, disconfirmation, or rejection and, if possible, include an agreement, confirmation, acceptance or other supportive action. (Pommerantz & Heritage, 2013, S. 214)

Wird etwas nicht bestätigt, abgelehnt oder zurückgewiesen, finden sich deshalb häufig Verzögerungen, Einschränkungen, Understatements und Begründungen in den jeweiligen Turns. Auch können selbst ablehnende Turns partielle oder schwache Zustimmung oder Bestätigung enthalten. Um echte Zustimmung glaubhaft auszudrücken, wird sie infolge dessen ohne Zögern und explizit formuliert, so dass sie nicht als höfliche Ablehnung interpretiert wird (Pommerantz & Heritage, 2013, S. 214). Pommerantz und Heritage zeigen die Wirksamkeit dieses Prinzips an den Beispielen Ja/Nein-Fragen, Assertionen und Einladungen. Letztere spielen in OPD-Gesprächen eine untergeordnete Rolle, so dass hier nur die beiden ersten kurz erläutert werden sollen. Sind Ja/Nein-Fragen polarisiert, wird stets eine zustimmende Antwort an-

gestrebt und zwar von beiden Seiten. Beispielhaft steht dafür ein kurzer, bei Sacks zitierter Gesprächsausschnitt, in dem B lieber auf eine ganz andere Frage (*Wo bist du geboren?*) zustimmend antwortet als eine ablehnende Antwort zu geben:

(Pommerantz & Heritage, 2013, S. 213)

1 A: That where you live? Florida?

2 B: That's where I was born.

Auch von Seiten des Fragestellers lassen sich Praktiken beobachten, die dem Gefragten eine zustimmende Antwort erleichtern. Verzögert sich die Antwort, was auf Ablehnung hindeutet, werden Fragen häufig umformuliert und um-polarisiert, um doch noch Zustimmung erreichen zu können (213). Ähnlich verhält es sich bei der Reaktion auf Assertionen. Es gilt auch hier, ablehnende Formulierungen möglichst zu minimieren und Zustimmung, Akzeptanz oder Unterstützung auch in dispräferierte Antworten zu integrieren. Ernst gemeinte Zustimmung erfolgt direkt und oft enthusiastisch, um den Eindruck impliziter Ablehnung zu vermeiden (Pommerantz & Heritage, 2013, S. 214).

Aus dem Konzept Präferenz lassen sich mehrere Implikationen für die Analyse von Widerstandspraktiken ableiten. Weil kommunikativer Widerstand immer eine dispräferierte Reaktion darstellt, ist anzunehmen, dass sich widerständige Patienten an den gleichen, oben genannten Prinzipien orientieren. Verzögerungen, teilweise Zustimmung, Minimierung, Begründungen etc. können damit nicht nur auf dispräferierte Antworten hindeuten, sondern auch ein Hinweis auf Widerstand sein. *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen spielen außerdem als mögliche Rechtfertigung für unerwünschte Reaktionen eine Rolle und lassen sich widerständig als Vermeidungsstrategie nutzen, um eine Antwort zu umgehen (Pommerantz, 1984, S. 57).

Für die Analyse negativer epistemischer Konstruktionen ist neben Typ-Konformität, Polarität und Präferenz ein Blick auf die interaktionalen Implikationen von Wissen von großer Bedeutung. Wie Wissen im Gespräch ausgehandelt wird und wie unklare Wissensansprüche zu Widerstand führen können, wird im nächsten Abschnitt behandelt.

4.3. Epistemik und Wissensverhandlung

Ein Überblick über die Rolle von Wissen im Gespräch und die verschiedenen Praktiken, mit denen Wissen zwischen Kommunikationspartnern verhandelt wird, ist für eine Arbeit, die sich mit *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen befasst, unerlässlich. Ausführlich haben sich Heritage (2013) und Deppermann (2015) mit der Thematik auseinandergesetzt. Die wichtigsten Konzepte sollen im Folgenden vorgestellt werden. Das auch aus epistemischer Perspekti-

ve besondere Verhältnis zwischen Patient und Psychotherapeut wurde eingangs schon erwähnt. Es soll hier noch einmal etwas ausführlicher erläutert werden. Im Anschluss wird gezeigt, wie die besprochenen Konzepte mit Widerständigkeit in Verbindung stehen können und auf welchem Weg sie Eingang in die folgende Analyse finden.

Wissen ist laut Deppermann Voraussetzung, Gegenstand und Produkt jeder menschlichen Interaktion. Es können verschiedene Arten von Wissen wie Sprachwissen, Weltwissen, prozedurales Wissen (*know how*), biographisches Wissen, Wissen über Gesprächsteilnehmer oder Expertenwissen unterschieden werden (Deppermann, 2015, S. 1). Für die Gesprächsanalyse ist interessant,

wie Gesprächsteilnehmer selbst anzeigen, welches Wissen sie einander zuschreiben, wie sie Wissen im Gespräch vermitteln und welche Relevanz die Zuschreibung von Wissen für die Organisation der Interaktion und der Beziehungen der Interaktionsteilnehmer hat. (Deppermann, 2015, S. 2)

Für die Herstellung und Vermittlung von geteiltem Wissen zwischen Gesprächspartnern sind zuerst das Konzept des *common ground* und die eng damit verknüpften Praktiken des *recipient design* und des *grounding* von entscheidender Bedeutung. Grundlage für eine erfolgreiche Verständigung ist ein gemeinsamer Wissensstand, ein *common ground*, der im Verlauf der Interaktion laufend aktualisiert werden muss. Beim Gestalten von Gesprächsbeiträgen müssen Sprecher Annahmen darüber machen, welches Wissen die Gesprächspartner bereits über den besprochenen Gegenstand besitzen. Ausdrücke und Formulierungen werden idealerweise so gewählt, dass sie explizit genug sind, um vom Gegenüber verstanden zu werden, ohne etwas zu wiederholen, was der Andere schon weiß (Deppermann, 2015, S. 7). Ein so gestalteter Adressatenzuschnitt (*recipient design*) betrifft fast immer epistemische Fragen. Darüber hinaus spielen Aspekte der Beziehungskonstitution (z.B. sozialer Status, vermutete Interessen, Ziele, Befindlichkeiten des Adressaten) eine Rolle: Was man wie sagt, orientiert man an seinem Verständnis der anderen Person und an dem Verhältnis, in dem man zu ihr steht (Deppermann, 2015, S. 8). Als *grounding* wird dann ein Prozess der wechselseitigen Verstehensdokumentation bezeichnet, der *common ground* sichert und garantiert, dass alle – zumindest soweit es die Interaktion erfordert – auf dem gleichen Stand sind. Idealerweise konstruiert dabei A mithilfe von *recipient design* einen verständlichen Beitrag. B dokumentiert, was er verstanden hat, und A zeigt abschließend an, dass er sich von B hinreichend verstanden fühlt (Deppermann, 2015, S. 11). *Recipient design* und *grounding* gelingen nicht immer reibungslos. Annahmen über

Wissen oder Interessen von Gesprächspartnern können – bisweilen vorsätzlich – falsch sein, zu Missverständnissen und Unterstellungen führen. Werden z.B. nicht zutreffende Annahmen über Ziele oder Interessen des Gesprächspartners gemacht, kann das zu kommunikativem Widerstand führen.

Für Wissen und Widerständigkeit im Gespräch ebenfalls sehr wichtige Konzepte sind *Epistemischer Status* und *epistemic stance*. Sie beschreiben sozial vorgegebene und kommunikativ ausgehandelte Wissensrechte der Gesprächsteilnehmer. Herrscht hier Uneinigkeit, kann erneut widerständiges Verhalten die Folge sein.

Epistemischer Status beschreibt den Wissensstatus, der Gesprächsteilnehmern aufgrund ihrer sozialen Stellung, ihrer Ausbildung oder ihrer Erfahrung im Gespräch zukommt. In Konstellationen wie Unterricht, Verhör, Beichte, Bewerbungsgespräch und auch in der Psychotherapie sind Wissensasymmetrien zwischen Gesprächsteilnehmern von zentraler Bedeutung. Wer Zugang zu bestimmtem Wissen hat und etwas mit Gewissheit wissen darf, wer Wissensfragen als erstes beurteilen oder endgültig entscheiden darf und wer für welches Wissen verantwortlich ist, wird vom epistemischen Status bestimmt und über ihn verhandelt (Deppermann, 2015, S. 13). Es kann außerdem zwischen *A-events*, bei denen der Sprecher epistemische Autorität beanspruchen kann, *B-events*, bei denen der Rezipient einen höheren epistemischen Status hat und *AB-events*, bei denen alle Gesprächspartner gleiche Wissensansprüche stellen können, unterschieden werden. *D-events* bezeichnen dagegen Sachverhalte, über die bekanntermaßen Dissens zwischen den Interaktionspartnern besteht (Labov & Fenshel, 1977, S. 100). Im Zuge der Wissensverhandlung können Gesprächsteilnehmer eine höhere epistemische Position einnehmen (*K+*, *more knowledgeable*) oder eine niedrigere (*K-*, *less knowledgeable*). Diese Positionen sind im Gesprächsverlauf nicht statisch und können in unterschiedlichen Situationen neu ausgehandelt werden (Heritage, 2013, S. 376). Im Bezug auf eigene mentale und psychologische Zustände gilt in der Regel jeder als sein eigener Experte. Eine für den Bereich der Psychotherapie entscheidende Ausnahme bilden allerdings Menschen,

die [...] qua Introspektions- und Interpretationskompetenz als (noch) nicht voll sozialisierte Subjekte gelten (Kinder, Verrückte) oder aber temporär in dieser Fähigkeit eingeschränkt sind (Hypnotisierte, Alkoholisierte, Patienten mit bestimmten Formen psychischer Erkrankung etc.) (Deppermann, 2015, S. 14)

Der epistemische Status psychotherapeutischer Patienten kann durch ihre Erkrankung also eingeschränkt oder relativiert werden. Sie besitzen im Gegensatz zu 'gesunden' Personen im Bezug auf ihr Leben, ihre Gefühle und ihre Gedanken keine uneingeschränkte epistemische Autorität. Stellenweise kann und muss der Therapeut hier zweifeln und nachhaken, um einen Behandlungserfolg zu gewährleisten.

Epistemic stance betrifft weniger den sozialen Rahmen der Wissensverteilung, sondern legt den Fokus auf sprachliche Praktiken, mit denen Sprecher im Gespräch bestimmtes Wissen für sich beanspruchen. Die Modalpartikel *halt*, *ja* und *eben* können so z.B. verwendet werden, um geteiltes oder aus dem Kontext erschließbares Wissen als solches zu markieren (Deppermann, 2015, S. 14). Satzadverbien wie *vielleicht*, *möglicherweise*, *wahrscheinlich* sind geeignet, niedrigen *epistemic stance* zu markieren (Deppermann, 2015, S. 15). Mentale Verben wie *ich denk(e)*, *ich mein(e)*, *ich find(e)* etc. werden ebenfalls in diesem Sinne verwendet werden. Im Folgenden besonders interessant sind epistemische Disclaimers. *Ich weiß es nicht* oder *keine ahnung* kommen als solche in Frage:

Als *disclaimer*, die bspw. einer Antwort, einem Vorschlag oder einer Kritik vorangestellt werden, sind sie nicht wörtlich zu interpretieren, d.h., mit ihnen wird nicht Nichtwissen behauptet, sondern sie zeigen an, dass der Sprecher keine Verantwortung für die Präzision und das Zutreffen seiner Aussage übernimmt. (Deppermann, 2015, S. 15) Auf die verschiedenen Funktionsformen von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen wird in Kapitel 5 noch einmal näher eingegangen. Es kann allerdings schon hier festgehalten werden, dass sie für das Anzeigen von *epistemic stance* eine Bedeutung haben können.

Im Zuge der kommunikativen Wissensverhandlung kann es also sowohl durch Probleme bei *recipient design* und *grounding* als auch durch Uneinigkeit über epistemischen Status oder *epistemic stance* zu Konfliktsituationen und Widerstand kommen. Der unsichere epistemische Status psychotherapeutischer Patienten und IWN-Konstruktionen als Disclaimers von *epistemic stance* sind dafür von besonderem Interesse. Auch im folgenden Kapitel zu bereits untersuchten Widerstandspraktiken in der Psychotherapie spielen diese Aspekte eine Rolle.

4.4. Untersuchungen zu Widerstand im psychotherapeutischen Gespräch

Zuerst soll ein grober Überblick über die konversationsanalytische Widerstandsforschung in der Psychotherapie gegeben werden. Verschiedene Widerstandspraktiken, die auf Seiten der Patienten bereits beschrieben wurden, werden vorgestellt. Als zweites werden Ar-

beiten hervorgehoben, die negativen epistemischen Konstruktionen wie *Ich weiß nicht* oder das englischen *don't know* bereits thematisieren oder sich explizit mit ihnen befassen.

Claire MacMartin (2008) widmet sich der Frage, wie Patienten sich optimistischen Fragen des Therapeuten widersetzen. Ihrer eigenen Erfahrung als Psychotherapeutin nach rufen besonders Fragen, die sich auf Stärken, Fähigkeiten und Erfolge des Patienten beziehen, häufig Widerstand hervor. Dieser richtet sich gegen die in der Frage enthaltenen positiven Präsuppositionen, die die Patienten so nicht teilen (MacMartin, 2008, S. 80). MacMartin identifiziert fünf Strategien, mit denen Widerstand geleistet wird: (1) *Optimism downgraders* (MacMartin, 2008, S. 86), (2) *refocusing responses* (MacMartin, 2008, S. 86), (3) *joking and sarcastic responses* (MacMartin, 2008, S. 88), (4) *complaining about the optimistic question* (MacMartin, 2008, S. 89) und (5) *refusing to cooperate with elements of the question* (MacMartin, 2008, S. 90). Das englische *I don't know* spielt in Strategie 5 als Mittel zur Kooperationsverweigerung eine Rolle und wird verwendet, um eine Frage der Therapeutin abzuwehren.

Yao und Ma (2017) identifizieren vier weitere Strategien, mit denen sich Patienten Fragen im psychotherapeutischen Gespräch widersetzen: (1) *Keeping Silence* (Yao & Ma, 2017, S. 220), (2) *providing minimal response* (Yao & Ma, 2017, S. 221), (3) *making non-answer responses* (Yao & Ma, 2017, S. 233), und (4) *over-talkative* (Yao & Ma, 2017, S. 225). Als Beispiel für eine *non-answer response* spielt in der Analyse das chinesische Äquivalent zu *Ich weiß nicht* eine Rolle.

Wie Patienten sich in der Psychotherapie Vorschlägen des Therapeuten widersetzen haben Ekberg und LeCouter (2015) untersucht. Sie identifizieren drei Praktiken, die besonders aus epistemischer Perspektive interessant sind. (1) *Appeals to restrictive situational factors*, also der Verweise auf hinderliche Umstände, über die nur die Patientin Bescheid weiß, werden zum Widerstand genutzt (Ekberg & LeCouter, 2015, S. 15). Ähnlich verhält es sich mit (2) *appeals to a fixed physical state*: Körperliche Hindernisse werden hier als Grund für die Ablehnung von Therapeutenvorschlägen angeführt (Ekberg & LeCouter, 2015, S. 18). Mit (3) *assertions of previous effort* werden Vorschläge abgelehnt, indem auf vorausgegangene, gescheiterte Versuche in dieselbe Richtung verwiesen wird.

Zu *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen als Widerstandspraktik in der Psychotherapie gibt es bislang nur sehr wenige Untersuchungen. Hutchby (2002) untersucht das englische *don't know* als Widerstandspraktik in der Kindertherapie. Der sechsjährige Patient verwendet die Formulierung dabei, um Fragen nach der Beziehung seiner Eltern abzuwehren:

(Aus Hutchby, 2002, S. 8; C= Counsellor/Therapeut, P= Peter/Kind)

62 C: Why d'you think, (1.8) mum an' dad said what they said.

63 (0.4)

64 P: **Don' t know,**

65 (4.1)

66 C: Cuz it sounds like they were a bit cross.

67 (0.6)

68 P: **Don' t know,**

69 C: Who d'you think they're cross with.=

70 P: =**Don' t kno[w**

Es ist ersichtlich, dass der Junge hier kein Wissensproblem hat, sondern in pragmatischem Sinn aktiv Fragen zu dem für ihn schwierigen Thema unterbinden will. Sein *don't know* fußt nicht auf tatsächlichem Nichtwissen. Es blockiert die Frage sehr widerständig, drückt Ablehnung aus und verwehrt dem Therapeuten eine präferierte Antwort. Inwieweit sich eine solche Funktion in dieser Schärfe auch auf die Therapie von Erwachsenen übertragen lässt, wird Gegenstand der folgenden Analyse sein.

In ihrer Dissertation zum Thema Therapie und Magersucht widmet Falk (2013) sich dem Thema Widerstand mit einem Kapitel über die Rolle der finnischen Variante von *ich weiß nicht*. Sie identifiziert zwei Muster: Patientinnen verwenden turninitiale IWN entweder zur Vermeidung von Fragen (Falk, 2013, S. 152) oder um den Gesprächsrahmen zu verändern und therapeutische Präsuppositionen außen vor zu lassen (Falk, 2013, S. 159). Vermeidende *I don't know* folgen meist auf Fragen nach Gefühlen zu schwierigen Situationen. Sie leiten Antworten ein, die die Frageintention umgehen, indem sie „beside the point“ (Falk, 2013, S. 152) liegen und inhaltlich oft oberflächlicher sind als gewünscht. Den Gesprächsrahmen verändernde *I don't know* folgen häufiger auf Ja/Nein Fragen und Fragen, die die Interaktion problematisch beleuchten. Sie nehmen dabei die Präsupposition der Therapeutenfrage an, ohne sie zu bestätigen oder abzulehnen. Im Anschluss gibt die Patientin eine Antwort, die problematisierende Aspekte der Frage normalisiert und nicht mehr berücksichtigt (Falk, 2013, S. 159). Falks Beobachtung zum Vermeidungscharakter negativer epistemischer Konstruktionen erinnert an die von Hutchby (2002) beschriebenen *don't know*. Ihre Interpretation zur Gesprächsrahmenverlagerung ist dagegen weniger schlüssig: *I don't know* als nicht wertendes Annehmen der Therapeutenpräsupposition zu bewerten, scheint Funktionsaspekte auszuklamern. Auch kann die Übertragung der finnischen Befunde ins Englische, die hier stillschwei-

gend geschieht, hinterfragt werden. Die von der Arbeit eingenommene pragmatische Perspektive zu *I don't know* soll dennoch auch bei der Untersuchung von IWN eine Rolle spielen.

Um ein differenzierteres Verständnis von IWN und ihren verschiedenen epistemischen und pragmatischen Funktionstypen zu gewinnen, werden im nächsten Kapitel im allgemeinsprachlichen Bereich gesammelte Erkenntnisse zu *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen diskutiert. Es ist anzunehmen, dass sich viele davon auch auf das psychotherapeutische Gespräch übertragen lassen und damit eine wichtige Orientierung für den Analyseteil dieser Arbeit bieten.

5. Funktionen von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen im Gespräch

Negative epistemische Konstruktionen wie das deutsche *ich weiß nicht* werden bereits seit einiger Zeit und in verschiedenen Sprachen als kommunikative Praktik untersucht. Da sie das Kernstück der folgenden Analyse sind, sollen die wichtigsten funktionalen Aspekte an dieser Stelle kurz vorgestellt werden. Auch wenn sie im Kern immer eine Erklärung ungenügenden Wissens darstellen (Tsui 1991: 607), erfüllen sie in der Interaktion damit eine Vielzahl von Aufgaben. Anhand von Untersuchungen aus dem Englischen, Französischen und Deutschen sollen die wichtigsten Funktionstypen negativer epistemischer Konstruktionen im Folgenden vorgestellt werden. Den bislang ausführlichsten Überblick bieten Helmer, Deppermann und Reineke (2017 i.Dr.). Sie leiten aus dem Duden Eintrag zu *wissen*, „durch eigene Erfahrung oder Mitteilung von außen Kenntnis von etwas, jemandem haben, sodass zuverlässige Aussagen gemacht werden können“ (Duden online 2017), für das Gegenteil, *nicht wissen*, zwei mögliche Bedeutungen ab: Sprecher wissen etwas nicht *zuverlässig*, oder Sprecher wissen etwas überhaupt nicht (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 1). Überdies können pragmatische und epistemische Aspekte unterschieden werden:

Auf epistemischer Ebene kann die Verwendung unterschiedliche Grade von Nichtwissen sichtbar werden lassen oder Unsicherheit über den Wahrheitsgehalt bzw. den Status einer Vermutung einer folgenden Aussage anzeigen. Auf pragmatischer Ebene kann ICH WEISS NICHT anzeigen, dass die folgende Antwort möglicherweise nicht hinreichend relevant, adäquat oder gefällig ist. (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 1)

Leistet ein Patient im psychotherapeutischen Gespräch mithilfe eines IWN Widerstand und benutzt er dieses beispielsweise, um eine Frage zu blockieren oder ausweichend zu antworten, handelt es sich um eine pragmatische Verwendung. Ist sein IWN epistemisch motiviert und es fehlen ihm tatsächlich Kenntnisse, kann sein Verhalten nur bedingt als widerständig bezeichnet werden. Trotzdem kann sich natürlich auch ein widerständiges IWN einer vorgeschobenen epistemischen Argumentation bedienen und so einer dispräferierten Antwort Nachdruck verleihen. Weil also epistemische und pragmatische Elemente für den Bereich Widerstand eine große Bedeutung haben, sollen die im folgenden besprochenen Funktionstypen nach epistemischem und pragmatischem Fokus unterschieden werden.² Eine Trennung nach epistemischen und pragmatischen Funktionstypen bedeutet dabei nicht, dass IWN mit pragmatischem Fokus

² Erkenntnisse über spezifische Wortstellungs-Varianten, Morphologie, Skopus, etc. nach denen Helmer (et al. 2017 i.Dr.) IWN zusätzlich untergliedern, sollen hier nicht vorgestellt, sondern wenn nötig 'vor Ort' in die Analyse mit einbezogen werden. Auch für Überlegungen zu *Ich weiß nicht* als Diskursmarker soll hier ein Verweis auf Helmer und Deppermann (2017) genügen.

nicht auch epistemische Elemente aufweisen können und umgekehrt. Alle Fälle bewegen sich auf einer Achse zwischen diesen beiden Polen.

5.1. IWN mit epistemischem Schwerpunkt

Die unter diesem Punkt erläuterten Verwendungen verbindet, dass der tatsächliche Wissensstand des Sprechers im Vordergrund steht. Zwei Funktionstypen sind in diesem Zusammenhang besonders erwähnenswert:

Display of the lack of knowledge: In dieser Funktion betonen IWN-Turns die Unfähigkeit des Sprechers, das anstehende Problem lösen zu können. Es kann nicht nur keine zuverlässige, sondern überhaupt keine Antwort gegeben werden (Helmer, Deppermann, & Reineke, 2016, S. 102). Solche *lack of knowledge* IWN können alleine stehen. Sie sind dann allerdings sehr dispräferiert und können als pragmatisches Mittel zur Ablehnung oder zum Widerstand verstanden werden. Deshalb folgt nach einem Anzeigen von Nichtwissen oft eine Betonung oder eine Erklärung des Nichtwissens. Damit signalisieren Sprecher Kooperationsbereitschaft, auch wenn sie eine dispräferierte Antwort geben und stellen klar, dass sie die Antwort nicht widerständig etwa zur Themenvermeidung vorenthalten (vgl. Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 13; Pekarek Doehler, 2016, S. 155). Die Möglichkeit, Nichtwissen als Mittel zum Widerstand vorzuspiegeln, besteht davon unabhängig natürlich trotzdem.

Epistemic hedge: In dieser Verwendung erfüllen *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen mit epistemischem Schwerpunkt eine andere Funktion. Sie markieren Aussagen, über deren Richtigkeit sich Sprecher nicht ganz sicher sind und für die sie keine volle Verantwortung übernehmen möchten. Hier wird nicht ausgedrückt, dass gar kein Wissen existiert, sondern, dass Sprecher eventuell keine *zuverlässige* Aussage machen können. IWN im Sinne einer *epistemic hedge* beziehen sich immer auf folgende oder vorangegangene Turns des Sprechers und markieren, dass es sich bei diesen um eine Vermutung oder eine Approximation (Weatherall, 2011, S. 332) handelt, oder dass sie sogar nur raten (Helmer et al., 2016, S. 105). So zeigen sich Sprecher trotz geringem epistemischen Status kooperativ und tragen zur Beantwortung der Frage bei (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 16). Oft stehen vor einer *epistemic hedge* andere epistemisch einschränkende Formulierungen wie *ich glaub*, *vielleicht*, *ich denke* oder Hesitationen und Unschärfemarker (vgl. Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 17; Aijmer, 2009, S. 157). Die Funktion der als *epistemic hedge* verwendeten IWN als epistemischer Disclaimer wird dadurch besonders hervorgehoben. Laut Weatherall finden sich *epistemic hedge* IWN außerdem vor Beschwerden, Kritik oder negativen Selbstbeschreibungen, um diese durch das Markieren

von Unsicherheit abzuschwächen (Weatherall, 2011, S. 326). In solchen Fällen verwenden Sprecher IWN allerdings nicht, um eine tatsächliche Unsicherheit auszudrücken, sondern um auf interaktional problematische Elemente ihres Turns vorzubereiten. Ähnliche Fälle werden in dieser Arbeit daher unter den pragmatischen Funktionen von IWN gefasst.

5.2. IWN mit pragmatischem Schwerpunkt

Neben ihrer Funktion als Unwissens-Display oder *epistemic hedge* können *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen in der Interaktion auch pragmatische Aufgaben übernehmen. Im Folgenden werden fünf Verwendungsmuster besprochen.

Pragmatischer Marker: Das pragmatische Gegenüber zur *epistemic hedge* ist die Funktion von IWN als pragmatischer Marker. In diesem Sinne verwendete IWN beziehen sich ebenfalls auf eine folgende oder vorhergehende Aussage des Sprechers. Der Wahrheitsgehalt dieser ist dabei aber unkritisch. Statt etwas als unsicher zu markieren, stellen pragmatische Marker die Relevanz oder Nützlichkeit ihrer Bezugsäußerung in Frage. Sprecher zeigen mit ihnen, dass sie ihre Antwort unter Umständen nicht für ausreichend halten, dass sie also möglicherweise dispräferiert sind (Helmer et al., 2016, S. 106). Pekarek Doehler zeigt für das französische *je sais pas*, dass IWN Antworten vorausgehen, die nicht typ-konform sind oder *non-answer responses* darstellen (Pekarek Doehler, 2016, S. 156). Auf pragmatische Marker folgen in der Regel Anzeigen von verwandtem oder Teilwissen oder Antwort-Vorschläge. Bisweilen werden allerdings auch vollständige und präferierte Antworten gegeben (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 17).

Preface problematischer Antwort: IWN-Konstruktionen können Antworten einleiten, die widersprechen (Tsui, 1991, S. 610), wie oben erwähnt Kritik, Beschwerden oder negative Selbstbeschreibungen enthalten (Weatherall, 2011, S. 326) und damit interaktional schwierig sind. Als pragmatische Mittel schwächen IWN diese problematische Aussagen ab, verzögern sie und bereiten das Gegenüber auf eine dispräferierte Antwort vor. In eine ähnliche Richtung geht die Funktion *Minimization of Impolite Beliefs*. Potentiell unhöfliche Inhalte werden hier durch ein IWN relativiert (Tsui 1991: 618). Das Ankündigen von ungenügenden oder eventuell dispräferierten Antworten mit einem IWN ist dabei nicht widerständig per se. Es kann aber als Überleitung zu einer vorsätzlich nicht ausreichenden Antwort als Widerstandspraktik eine Rolle spielen.

Marker für Irrelevanz: Stärkeres widerständiges Potential enthalten IWN, die zum Markieren einer Frage oder eines Themas als irrelevant verwendet werden. Sie sind im Ge-

gensatz zu pragmatischen Markern nicht nur dispräferiert, sondern leiten auch keine weitere Kooperation mit der Frage ein und zeigen offen, dass Sprecher sich nicht weiter mit dem aktuellen Gesprächsgegenstand befassen möchten (vgl. Helmer et al. 2016, S. 105; Helmer et al. 2017 i.Dr., S. 13).

Als Ausdruck für Widerspruch: Über Irrelevanz hinaus können IWN auch direkten Widerspruch ausdrücken. Diese Funktion findet sich „ausschließlich nach Assertionen, Bewertungen oder rhetorischen bzw. suggestiven Fragen“ (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 22) und ist nach diesen unmittelbar als Widerspruch und Widerstand ersichtlich. Das IWN kann in solchen Fällen alleine stehen oder von Erklärungen zur Motivation des Widerspruchs stehen und ist interaktional als *stance taking* zu verstehen (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 23).

Zur Themenbeendigung: Als letzte pragmatische Funktion sollen IWN als *turn-exit device* zur Beendigung einer Frage oder eines Themas besprochen werden. Im Französischen können Sprecher einen Turn so vorzeitig beenden, ohne fragenrelevante Informationen zu geben. Das *je sais pas* wird dann turnfinal verwendet und hat als partikelähnliches Phänomen nur geringes epistemisches Gewicht (Pekarek Doehler, 2016, S. 158). Im Gegensatz dazu sehen Helmer (et al., 2017 i.Dr., S. 8) in IWN-Turns zur Themenbeendigung die epistemische Komponente als wichtig an, weil das angezeigte Nichtwissen das zentrale Argument dafür ist, in der Folge nichts mehr beizutragen. Aus beiden Perspektiven bleibt die pragmatische Funktion allerdings die gleiche: Ein Thema wird mit dem IWN für beendet erklärt.

Die hier zusammengestellte Sammlung pragmatischer und epistemischer Funktionsformen von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen kann im Analyseteil der Arbeit dabei helfen, die untersuchten IWN differenziert bewerten und betrachten. Im Sinne von Drew (2003) soll so außerdem vermieden werden, dass der psychotherapeutischen Kontext absolut gesetzt wird und allgemeinsprachliche Bezüge verloren gehen. Mit dieser Übersicht schließt der theoretische Teil der Arbeit, so dass als nächstes das methodische Werkzeug und die verwendeten Daten diskutiert werden können.

6. Methodik und Daten

Nach einer Vorstellung der Eigenheiten des psychotherapeutischen Gesprächs, einem Blick auf verschiedene Widerstandskonzepte und Widerständigkeit in der Therapie und einer Sammlung unterschiedlicher Funktionsformen von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen ist der theoretische Rahmen der Arbeit nun hinreichend abgesteckt. Im Folgenden soll zuerst die Gesprächsanalyse als methodisches Werkzeug erläutert werden. Das Gesprächskorpus, an dem dieses Werkzeug Anwendung findet, wird im Anschluss daran vorgestellt.

6.1. Methodische Werkzeuge der Gesprächsanalyse

Der Analyseteil dieser Arbeit folgt methodisch den Grundsätzen der Gesprächs- und Konversationsanalyse (CA)³. Ausgehend von Sacks' soziologisch motivierten *Lectures on Conversation* hat CA inzwischen Eingang in viele verschiedene Forschungsbereiche gefunden und wird unter anderem in Pädagogik, Kognitionswissenschaften, klinischer Forschung und Psychologie angewendet (Clift, 2016, S. xv). Dennoch bleibt die Entwicklung einheitlicher methodischer Standards in der Gesprächsforschung schwierig und wird teilweise kritisch gesehen (Deppermann, 2008, S. 7). In seiner Einführung zum Thema hält Deppermann zuerst fünf grundsätzliche Merkmale fest, die alle Gespräche aufweisen. (1) *Konstitutivität*, d.h. sie werden von den Teilnehmern aktiv hergestellt. (2) *Prozessualität* – sie entstehen durch die zeitliche Abfolge von Aktivitäten. (3) *Interaktivität*, d.h. Aktivitäten der Gesprächsteilnehmer beziehen sich wechselseitig aufeinander. (4) *Methodizität* – Gesprächsteilnehmer bedienen sich zur Konstruktion und Interpretation der Beiträge typischer, kulturell verbreiteter und für andere erkennbarer Methoden. Und (5) *Pragmatizität*, d.h. Teilnehmer verfolgen gemeinsame und individuelle Absichten und lösen Probleme, die auch während der Gesprächsorganisation selbst auftreten können (Deppermann, 2008, S. 8).

Den Kern der CA bilden detaillierte Sequenzanalysen beispielhafter Einzelfälle. Diese sind unerlässlich, um Gesprächspraktiken empirisch fundiert zu bestimmen, theoretische Konzepte zu bilden und allgemeine Prinzipien in Gesprächen überprüfen zu können (Deppermann, 2008, S. 53). Als methodisches Werkzeug stellt Deppermann sieben Analysegesichtspunkte vor, die aus unterschiedlichen Perspektiven Zugang zu den Gesprächen ermöglichen:

I. *Paraphrase und Handlungsbeschreibung*: Einen vorläufigen ersten Zugriff erlangt man, indem man sich fragt, wer in der Gesprächspassage worüber spricht und welche Ereignis-

³ In meiner Arbeit werden die Begriffe *Konversationsanalyse* und *Gesprächsanalyse* weitestgehend synonym verwendet, da ein Auseinanderdividieren der ohnehin ähnlichen Forschungsgebiete an dieser Stelle nicht zielführend ist. Vergleiche dafür z.B. Mack et al. 2016: 44.

nisse, Personen, Zeiten, Orte etc. thematisiert werden. Zusätzlich werden Äußerungen der Gesprächsteilnehmer in sprachliche Handlungen (Frage, Antwort, Vorwurf, Begründung, etc.) übersetzt und in ihrer jeweiligen Funktion beurteilt (Deppermann, 2008, S. 56).

II. *Äußerungsgestalt und Formulierungsdynamik*: Der Fokus liegt hier auf auffälligen linguistischen Merkmalen und Formen der Sprecher und darauf, wie sie sich zueinander verhalten. Wie Äußerungen konstruiert werden, wie sie aufeinander folgen, ob Korrekturen oder Wiederholungen eine Rolle spielen etc. ist außerdem von Interesse (Deppermann, 2008, S. 56).

III. *Timing*: Hier wird berücksichtigt, wer wann und in welcher Reihenfolge spricht, welche Rolle paralleles Sprechen spielt, wie Sprecherwechsel und Rederechte gestaltet sind und an welchen Stellen geschwiegen wird (Deppermann, 2008, S. 61).

IV. *Kontextanalyse*: Unter diesem Punkt wird untersucht, wie Kontext im Gespräch hergestellt wird, durch welche Mittel Kohäsion und Kohärenz entstehen und wie Bezüge über das Gespräch hinweg angezeigt werden. Welche Wissensvoraussetzungen verschiedene Kontexte mit sich bringen und wie Gesprächsteilnehmer diese bewerten wird ebenfalls betrachtet (Deppermann, 2008, S. 62).

V. *Folgerwartungen*: Äußerungen setzen bestimmte Reaktionen als präferiert relevant (siehe Kapitel 4.2.). Entstehung und Auswirkungen von Präferenzen oder Handlungszwängen sind bei der Analyse von Interesse. Teilnehmer können entsprechend auf präferierte Weise antworten, dispräferiert reagieren oder die Erwartungen des Gegenüber scheinbar ahnungslos ignorieren (Deppermann, 2008, S. 68).

VI. *Interaktive Konsequenzen*: Für die Analyse ist außerdem von Bedeutung, wie Äußerungen von Gesprächspartnern selbst gegenseitig verstanden werden. Wie sie durch spätere Beiträge Vorangegangenes verdeutlichen oder umdeuten oder wie Interpretationen voriger Beiträge vorgenommen werden, bietet für die Gesprächsanalyse wichtige Anschlusspunkte (Deppermann, 2008, S. 70).

VII. *Sequenzmuster und Makroprozesse*: Hier wird betrachtet, wie Aktivitätskomplexe abgegrenzt werden, wie sie sich zusammensetzen und welche Interaktionsaufgaben sie erfüllen. Desweiteren wird untersucht, inwiefern sich im Gesprächsverlauf Makroprozesse herausbilden (z.B. Eskalation eines Streits, auf der Stelle treten, etc.), wo diese einsetzen und enden und welche Dynamiken zugrunde liegen (Deppermann, 2008, S. 78).

Diese sieben Punkte stellen dabei die grundlegenden Prinzipien dar, nach denen die folgende Gesprächsanalyse durchgeführt wird. Ein besonderes Augenmerk liegt außerdem auf den im Zusammenhang mit Widerstand besprochenen Konzepten von Typ-Konformität, Präferenz und Epistemik. Genauso spielt die vorgestellte Forschung zu Widerstand in der Psychotherapie und zu allgemeinen Funktionstypen von IWN-Turns eine zentrale Rolle. Nach einem Blick auf die zugrundeliegenden Gesprächsdaten kann mit der Analyse nun auch begonnen werden.

6.2. Das Korpus der analysierten Gespräche

Vor Beginn der Analyse soll an dieser Stelle das zugrundeliegende Gesprächskorpus noch einmal genauer vorgestellt werden. Die Arbeit basiert auf den audiovisuellen Aufnahmen von insgesamt 14 psychotherapeutischen Gesprächen, die sich zeitlich zwischen einer und anderthalb Stunden bewegen. Therapeutische Grundlage ist die unter 2.2. vorgestellte operationalisierte psychodynamische Diagnostik (OPD). Die Aufzeichnungen sind im Rahmen zweier Studien über die Wirksamkeit stationärer und teilstationärer Psychotherapie bei depressiven Erkrankungen entstanden und gehen aus einer Forschungs Kooperation zwischen dem Institut für deutsche Sprache (IDS) in Mannheim und der Universitätsklinik Heidelberg hervor. An den jeweils in Einzeltherapie geführten Gesprächen sind insgesamt eine Therapeutin (T5), vier Therapeuten (T1-4), acht Patientinnen und sechs Patienten beteiligt. Alle Beteiligten wurden über den ethisch-rechtlichen Rahmen der Aufzeichnung aufgeklärt und haben einer anonymisierten Verwendung der erhobenen Daten zu Forschungszwecken zugestimmt. Die im folgenden besprochenen Gesprächsausschnitte wurden für die Analyse nach GAT2-Konventionen⁴ transkribiert. Relevanter Gesprächskontext wird entweder aus den ausgewählten Ausschnitten selbst ersichtlich oder vor Ort zusammenfassend gegeben.

Insgesamt wurden 148 Fälle von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen gefunden. Daraus ergibt sich ein Durchschnittswert von 10 IWN pro Gespräch. Diese waren allerdings sehr unterschiedlich über die Gespräche verteilt. In T1-3 findet sich kein einziges IWN, für T3-2 dagegen wurden ganze 46 Fälle identifiziert. Auch wenn aus einem Korpus dieser Größe keine statistischen Schlüsse gezogen werden können, kann also festgehalten werden, dass das Auftreten von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen in unterschiedlichen Therapeut-Patient-Konstellationen stark schwanken kann. Für die einzelnen Analysekapitel werden die gefundenen IWN al-

4 Details zu den GAT2-Konventionen im Anhang, S. 69.

lerdings anders, und zwar nach alleinstehenden, turninitialen, -medialen und -finalen Varianten unterteilt.

7. Analyse

Nach ausführlicher Vorstellung von Theorie, Methodik und Datengrundlage ist der Weg für den Analyseteil der Arbeit nun bereitet. Wie eingangs erwähnt, liegt der Fokus dabei auf reaktiven, d.h. alleinstehenden und turninitialen, *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen. Da reaktive IWN direkt auf Fragen oder Aussagen des Therapeuten folgen, ist die Wahrscheinlichkeit, auf Widerstandspraktiken zu treffen, bei ihnen am größten. Aus Platzgründen wird zur Verwendung turnmedialer und turnfinaler IWN nur ein kurzer Anriss gegeben.

Für alle versuchten Varianten werden zuerst allgemeine Merkmale wie Häufigkeit, Kontext und Form angesprochen, bevor anhand von Beispielen spezifische Verwendungsmuster aufgezeigt werden. Die analysierten Funktionen bei alleinstehenden IWN sind aufsteigend nach dem Grad der Widerständigkeit geordnet. Verwendungen zur *Markierung epistemischer Schwierigkeiten* (7.1.1.), als *Widerstand gegen Therapeutenformulierung* (7.1.2.), zur *Vermeidung eines Themas* (7.1.3.) und als *Indikator für verfestigten Widerstand* (7.1.4.) werden an einschlägigen Ausschnitten veranschaulicht. Auch für turninitiale IWN wurde der Versuch unternommen, die analysierten Funktionen nach zunehmender Widerständigkeit zu sortieren. Zuerst werden zwei Beispiele für *Initiale IWN in nicht widerständiger Funktion* (7.2.1.) untersucht. Im Anschluss wird eine Verwendung *als Einleitung zu ausweichender Antwort* (7.2.2.) belegt. Anhand von vier unterschiedlichen Beispielen wird eine Funktion als *epistemischer Block* (7.4.2.) intensiv besprochen. Unter 7.3. wird jeweils ein Beispiel zu turnmedialen und turnfinalen IWN analysiert.

7.1. Alleinstehende IWN

Als erste Variante reaktiver *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen sollen alleinstehende IWN untersucht werden, d.h. IWN, die nicht am Anfang oder Ende eines Turns stehen und sich nicht projektiv oder retrospektiv auf unmittelbar anschließende Aussagen des Sprechers beziehen. Sie kommen in den untersuchten Gesprächen 12 mal vor und machen damit etwa 8,1 Prozent der insgesamt 148 gefundenen IWN aus. Damit sind sie deutlich seltener als initiale (53), mediale (60) und auch finale (22) IWN. Eine mögliche Erklärung dafür liegt in ihrer starken Dispräferiertheit. Wie alle IWN stellen sie quasi immer eine nicht typ-konforme und nicht präferierte Antwort dar. Anders als bei z.B. turneinleitenden IWN folgt auf alleinstehende IWN zumindest unmittelbar keine Erklärung für die dispräferierte Antwort und auch keine Antwort, die zumindest Teile der Frage adressieren könnte. Der Adressat bekommt nur ein *ich*

weiß es nicht. Alleinstehende IWN sind deshalb besonders unkooperativ und haben dementsprechend auch ein hohes Widerstandspotential.

Um das Objekt reduzierte Varianten wie *weiß nich* halten sich bei alleinstehenden IWN mit voll realisierten wie *ich weiß es nicht* die Waage, beide Formen kommen sechs mal vor. Sie folgen in den Daten meistens auf Fragen, die die Patienten zur Selbstreflexion auffordern und ihre Vergangenheit oder ihr Privatleben zum Thema haben. W-Fragen sind mit fünf Fällen die häufigste Frageform, gefolgt von Ja/Nein-Fragen, die als V1- oder als Deklarativsatzfragen formuliert sind (vier Fälle). Oft enthalten die Fragen Präsuppositionen oder Interpretationen des Therapeuten, die die Patienten nicht teilen. Ja/Nein-Fragen sind häufig explizit polar gestellt und setzten Zustimmung als präferierte Antwort relevant.

In der folgenden Analyse werden vier Fälle von alleinstehenden IWN näher betrachtet und auf Funktion und Widerständigkeit hin untersucht. Im ersten Beispiel verwendet der Patient ein IWN zum *Markieren epistemischer Schwierigkeiten*. Es wird argumentiert, dass die auftretenden Verzögerungen dabei nicht aus einer Verweigerungshaltung erwachsen. Der Patient verwendet ein alleinstehendes IWN eher, um Schwierigkeiten bei der Fragebearbeitung anzuzeigen. Im zweiten Ausschnitt leistet die Patientin *Widerstand gegen Therapeutenformulierung*: Sie ist grundsätzlich bereit, das vom Therapeuten relevant gesetzte Thema zu bearbeiten, kann mit einem von ihm verwendeten Begriff allerdings nichts anfangen. Mithilfe eines alleinstehenden IWN umgeht sie diesen. Beispielausschnitt 3 analysiert ein IWN, das zur *Vermeidung eines Themas* eingesetzt wird. Hier möchte die Patientin auf ein Detail aus ihrem Leben nicht weiter eingehen und markiert es durch ein alleinstehendes IWN als irrelevant. Im vierten Fall ist ein alleinstehendes IWN ein *Indikator für verfestigten Widerstand*. Die Patientin verwendet es, um eine optimistische Selbsteinschätzungsfrage abzublocken und lässt sich trotz zahlreicher Versuche des Therapeuten nicht umstimmen.

7.1.1. Alleinstehende IWN zur Markierung von epistemischen Schwierigkeiten.

Im folgenden Ausschnitt antwortet der Patient zögerlich und nach längeren Pausen auf die Frage des Therapeuten. Sein IWN funktioniert als epistemische Rechtfertigung dafür. Mehrmals erklärt er in der Folge seine Unfähigkeit zu antworten. Als der Therapeut nur sporadische Rückmeldung gibt, findet der Patient am Ende eines Nachdenkprozesses allerdings doch noch zu einer möglichen Antwort. Trotz IWN und langer Verzögerung wird argumentiert, dass der Patient hier nicht planvoll Widerstand leistet. Sein 'ich weiß es ehrlich gesagt nich' funktioniert im Sinne eines *Display of the lack of knowledge* und zeigt Probleme bei der

Beantwortung der Frage des Therapeuten an. Als dem Patienten schließlich doch ein Einfall kommt zeigt er sich im weiteren Gesprächsverlauf wieder kooperativ.

Unmittelbar vor dem analysierten Ausschnitt erklärt P, er habe während eines FSJ sein Interesse an sozialen Berufen entdeckt. Seine aus diesem Grund begonnene Ausbildung zum Ergo-Therapeuten scheitert allerdings an mangelnder Motivation. Nach einem Grund dafür gefragt, reagiert er mit einem alleinstehenden IWN:

Ausschnitt 1: T4-2 0:45:52

- 1 T warum hat diese erfahrung nicht getragen
2 oder durch die ausbildung getragen
3 (11.08)
4 P **ich weiß es ehrlich gesagt nich**
5 T m hm
6 P ich kanns ihnen hier nich beantworten
7 T m hm
8 (1.11)
9 P so was mir jetzt so in den sinn kommt nachdem
10 ich das auch alles so erzähle un
11 (0.71)
12 T m hm
13 P einfach
14 (2.31)
15 P weil sich ziemlich viel der größte teil einfach
16 theoretisch abgespielt hat
17 (1.52)
18 T m hm
19 und ja es ist dann schon eher ja du lernst sachen
20 einfach nur teilweise stumpf auswendig

In Zeilen 1 und 2 stellt der Therapeut eine W-Frage nach dem Grund dafür, dass die positive FSJ-Erfahrung des Patienten ihn nicht 'durch die ausbildung getragen' hat. P wird damit aufgefordert, sein auf den ersten Blick unschlüssig erscheinendes Verhalten zu reflektieren und präferiert eine Begründung dafür zu geben. Die in Zeile 3 folgende, über 11-sekündige Pause impliziert bereits, dass er das entweder nicht kann oder nicht möchte. In Zeile 4 reagiert er mit 'ich weiß es ehrlich gesagt nich' tatsächlich nicht typ-konform und dispräferiert und erklärt das epistemisch als *lack of knowledge*: Er kann nicht antworten, weil er die Antwort nicht kennt. Sein IWN wird mit 'ehrlich gesagt' zusätzlich qualifiziert. P betont den Wahrheitsgehalt seiner Aussage, vielleicht um einer pragmatischen Interpretation seiner Antwort als Widerstand oder Ausrede vorzubeugen. Mit dem Rückmeldepartikel 'm hm' in Zeile 5 nimmt der Therapeut Ps Turn zur Kenntnis. Dass er darüber hinaus nicht reagiert, setzt eine weitere Aus-

führung von P relevant. Der Patient bekräftigt mit 'ich kanns ihnen hier nicht beantworten' (Z6) seine in Zeile 4 eingenommene, niedrige *epistemic stance* und seine Unfähigkeit dazu, eine präferierte Antwort zu geben. Auch darauf geht T nicht weiter ein und reagiert ein weiteres Mal mit 'm hm' (Z7). Er thematisiert die Reaktion des Patienten nicht als widerständig, zeigt aber an, dass sie noch nicht ausreicht und dass er weiterhin auf eine präferierte Antwort wartet. Nach einer Pause (Z8) leitet P in Zeile 9 schließlich eine präferierte Antwort ein. Mit 'so was mir jetzt so in den sinn kommt / nachdem ich das auch alles so erzähle' (Z9/10) verweist er auf einen im Moment ablaufenden Denkprozess, der im Verlauf des therapeutische Gesprächs eine neue Idee hervorgebracht hat. Sein mangelnder Wissensbestand oder *lack of knowledge*, aufgrund dessen er auf die Therapeutenfrage in Zeile 1 nicht antworten konnte, hat sich verändert, sodass er nun darauf zurückkommen kann. Eine präferierte Antwort gibt P schließlich in Zeilen 15 und 16 mit 'weil sich ziemlich viel der größte teil einfach / theoretisch abgespielt hat'. Sie folgt erst auf ein weiteres 'm hm' des Therapeuten (Z12) und nach einer längeren Pause des Patienten (Z14). Ab Zeile 19 ist P dann bereit, ausführlicher über die Gründe für seinen Studienabbruch zu sprechen.

Mit seinem alleinstehenden IWN markiert der Patient hier Schwierigkeiten damit, auf die Frage des Therapeuten zu antworten. Er drückt sein mangelndes Wissen aus und bekräftigt sein Unwissen sowohl mit 'ich weiß es ehrlich gesagt nich' (Z4) als auch in Zeile 6 mit 'ich kanns ihnen hier nicht beantworten' und verweist in Zeile 9 noch einmal darauf. Dort beschreibt er einen Nachdenkprozess, den er im Moment des Gesprächs vollzieht und an dessen Ende eine neue Deutung seiner Situation steht. In Zeile 15 ist er schließlich dazu in der Lage, eine präferierte Antwort zu geben. Im Anschluss berichtet er ausführlicher über die Gründe für den Abbruch seiner Ausbildung. Durch die Therapeutenfrage angeregt durchläuft der Patient hier einen Reflexionsprozess, der ihn epistemisch weiter bringt. Die dabei auftretenden Verzögerungen sind daher nicht Ausdruck mangelnder Kooperationsbereitschaft, sondern eher als Verbalisierung der für den Patienten schwierigen Selbstreflexion zu verstehen.

7.1.2. Alleinstehende IWN als Widerstand gegen Therapeutenformulierung

Im nächsten Beispiel widerspricht die Patientin mit einem alleinstehenden IWN, um Einspruch gegen eine Formulierung des Therapeuten zu erheben. Anders als im ersten Abschnitt verwendet sie ihr IWN, um aktiv Einfluss auf den Gesprächsverlauf zu nehmen und ihre Sicht der Dinge einzubringen. Die Funktion ihres IWN lässt sich als pragmatischer Ausdruck für Widerspruch beschreiben und ist punktuell sehr widerständig. Trotzdem kündigt die

Patientin die Kooperation mit dem übergeordneten Gesprächsgegenstand nicht auf und ist bereit, ihr Verhalten wie vom Therapeuten gewünscht zu reflektieren. Durch ihr IWN bestimmt sie aber mit, unter welchen Vorzeichen sie das tut.

In der Therapie ist ihr bewusst geworden, dass sie sich nicht nur beruflich, sondern auch privat zu sehr in Dinge hineingesteigert hat. Im folgenden Gesprächsausschnitt beschreibt sie, wie sie das in Zukunft verhindern möchte. Mit dem Begriff *Mittelmaß*, den der Therapeut kritisch ins Spiel bringt, kann sie im Bezug auf ihr Privatleben allerdings nichts anfangen:

Ausschnitt 2: T1-2 1:18:15

- 1 P ((Sprechansatz)) langsamer anzugehen also mich dann halt (.) besser
2 zu beobachten un besser auszub[remsen]
3 T [hmhm]
4 P wenn ich dann merk dass ich jetzt wieder dabei bin ((zischt))
5 (0.25)
6 P °h
7 T aber [das könnte dann mit mittel]
8 P [irgendwo in sprint geh]
9 T maß bedeuten
10 (0.96)
11 oder nich is [des is diese sor]
12 P [des weiß ich nich]
13 T ge nich mehr so
14 (0.68)
15 P °h ja gut mittelmaß
16 (0.26)
17 P ((Sprechansatz)) (.) denk ich mal is jetzt eher so beim beim
18 beruflichen kon[te]xt die sache
19 T [ja]
20 (0.9)
21 P ((schmatzt)) °h weil was beziehungen und freundschaften betrifft °h
22 (1.1)
23 P wüsst ich jetzt gar nicht wo ma h° m mit dem begriff mittelmaß
24 ansetzen kann
25 (0.23)
26 T n a [ha]
27 P [also da] is es ja eh immer ne ne sehr °h ähm jetzt vorhin
28 unterschiedliche hm (.) entwicklung diese freundin von der ich
29 sprach °h die jetzt grade eben

In Zeilen 1-2 schildert P, sich in Zukunft 'besser zu beobachten un auszubremsen' zu wollen, um frühere Fehler nicht zu wiederholen. Als sie in Zeile 5 kurz absetzt und einatmet (Z6), fällt ihr der Therapeut mit 'aber [das könnte dann mit mittel] / maß bedeuten' (Z7/9) ins Wort. Es kommt zu einer Überschneidung mit der Patientin in Zeile 8 '[irgendwo in sprint geh]', da sie mit ihrem Turn noch nicht fertig war. Ts Turn in Zeile 7 kann als negative Bewer-

tung von Ps Plänen verstanden werden und ist damit eine Aussage, die laut Helmer zu einem widersprechenden IWN führen kann (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 22). Gleichzeitig kann '[das könnte dann mit mittel]maß bedeuten' eine Deklarativsatzfrage sein, die die Pläne der Patientin kritisch hinterfragt. Als solche gibt sie ein *Ja* oder *Nein* als typ-konforme Antworten vor und ist auf Bestätigung polarisiert, setzt diese also als präferierte Antwort relevant. Als P darauf nicht gleich antwortet (Z10), möglicherweise auch aufgrund des durch die Überlappung unsicher gewordenen Rederechts, erweitert der Therapeut seinen Turn. In Zeilen 11/13 kehrt er mit „oder nich [is des is diese sor] / ge nich mehr so“ die Polarität seiner Frage um und macht so eine Ablehnung zu *Mittelmaß* als präferierte Antwort möglich. P unterbricht T in Zeile 12 nun ihrerseits mit 'des weiß ich nich'. Ihr IWN drückt pragmatisch Widerspruch aus. Eine epistemische Argumentation im Sinne eines Unwissens-Displays spielt nur eine untergeordnete Rolle, auch wird keine Folgeaussage im Sinne einer *epistemic hedge* als unsicher markiert. Sie leistet so starken Widerstand gegen die Interpretation des Therapeuten, ihre Bewältigungsstrategie könne am Ende problematisch sein, *Mittelmaß* bedeuten. Die Patientin ist in der Folge dazu bereit, ihren Widerstand zum Begriff *Mittelmaß* näher zu begründen und ihm dadurch Nachdruck zu verleihen. Nachdem P ihren Turn in Zeile 12 beendet hat, setzt sie nach einer Pause (Z14) mit 'oh ja gut mittelmaß' neu an. *Mittelmaß* ist ihrer Meinung nach für das momentan behandelte Thema, das Sich-Hineinsteigern auch in *private* Dinge, nicht relevant und 'eher so beim / beruflichen kon[te]xt die sache' (Z17/18). Mit 'beziehungen und freundschaften' (Z21) definiert sie den Bereich, in dem 'mit dem begriff mittelmaß / ansetzen' (Z23/24) ihr schwerfällt, noch einmal genauer und macht ihre Position so auch für den Therapeuten nachvollziehbarer. In Zeile 27 kehrt sie dann zum momentan besprochenen Thema *private Beziehungen* zurück und beginnt, ein längeres Beispiel für eine problematische Freundschaftsbeziehung zu geben. Trotz ihres Widerspruchs zeigt sie damit großen Einsatz und Kooperationsbereitschaft. Ihr Widerstand gilt dem Begriff *Mittelmaß*, aber nicht dem behandelten Thema an sich. Dass der Therapeut sie von Zeile 12 ab in ihren Erklärungen nicht unterbricht, ist ein Indiz dafür, dass auch er ihr Verhalten nicht als problematischen Widerstand bewertet. Über Umwege führte seine Frage aus Zeile 7 schließlich doch zum Ziel – die Patientin reflektiert ihre Beziehungsverhalten kritisch.

Das alleinstehende IWN der Patientin ermöglicht ihr hier, Widerstand gegen einen bestimmten Begriff zu leisten und die damit verbundenen Implikationen zu kritisieren. Der mit 'des weiß ich nich' verbundene Wissensanspruch ist gering, P verwendet den Turn primär

pragmatisch als Mittel zum Widerspruch. Nachdem die Patientin ihren Widerstand gegen den Begriff *Mittelmaß* begründet hat, ist sie bereit, weiter auf das vom Therapeuten vorgegebene Thema einzugehen. Ihr alleinstehendes IWN kündigt die Kooperation also nicht auf, erlaubt der Patientin aber, sie mehr nach ihren Vorstellungen zu gestalten. Der Therapeut lässt ihr dabei freie Hand und bewertet ihren Widerstand an dieser Stelle nicht als bearbeitungsbedürftig.

7.1.3. Alleinstehende IWN zur Vermeidung eines Themas

Im folgenden Ausschnitt verwendet die Patientin ein alleinstehendes IWN, um eine Frage des Therapeuten als irrelevant zu markieren (vgl. Kapitel 5.2.) und die Vertiefung des Gesprächsthemas zu vermeiden. Im Gegensatz zu den ersten beiden Beispielen wird an dieser Stelle auch auf Rückfrage des Therapeuten keine zufriedenstellende Antwort mehr gegeben. Die Patientin kann mit ihrem IWN erfolgreich Widerstand einleiten, der schließlich zu einem Themenwechsel führt.

P ist mit ihrer Arbeit als Floristin unzufrieden und erzählt, dass sie immer wieder versucht hat, den Beruf zu wechseln. Als der Therapeut nachfragt, warum das nicht geklappt hat, leistet sie Widerstand und bedient sich dazu eines alleinstehenden IWN. Im folgenden Gespräch wird ersichtlich, dass sie das erfragte Wissen eigentlich besitzt und ihr alleinstehendes IWN als pragmatisches Widerstandsmittel verwendet:

Ausschnitt 3: T1-5 0:06:03

- 1 P ja irgendwie hats sich so bei mir in den kopf gesetzt
2 ich würd gerne was mit büchern machen
3 T [ja]
4 P [also ich] (.) les halt sehr gerne und °hh
5 ich wollte gern immer in som buchladen arbeiten aber
6 ((lachend)) da bin ich nie untergekommen ((atmet 1.28s ein, lacht))
7 T weil
8 (1.35)
9 T weil sie
10 [nicht al (.)]
11 P [**ich weiß es nicht**]
12 T sie hätten ja noch mal ne ausbildung machen
13 [müssen]
14 P [ja genau]
15 det (.) und dat war halt nich der fall
16 (0.36)
17 T ja
18 (1.09)
19 T das wollten sie nich oder die mh
20 P nee daran hab ich auch nich gedacht ich war alleinstehend und äh

21 (0.92)
 22 P ((ablehnend)) mh_mh °hh nee
 23 (0.53)
 24 T °hhh weil sie so sachten die kollegen des war nich so ihrs
 25 (1.25)
 26 ((schmatz)) gabs (.) gibts denn sonst n freundeskreis wo sie

Zu Beginn des Ausschnitts berichtet die Patientin von ihrem Wunsch, 'was mit büchern' (Z2) zu machen und 'in som buchladen arbeiten' (Z5) zu können. Mit 'da bin ich nie untergekommen' in Zeile 6 deutet sie an, bereits vergebliche Bemühungen in dieser Angelegenheit unternommen zu haben. Von Anfang an relativiert sie diesen Plan allerdings durch verschiedene sprachliche Mittel. Ein 'irgendwie hats sich so bei mir in den kopf gesetzt' (Z1) ist im Gegensatz zum alternativen *ich habe mir in den Kopf gesetzt* passiv formuliert und schafft Distanz zu Ps Vorhaben. Auch 'irgendwie' und 'so' (Z1) drücken Beliebigkeit und Vagheit aus. Das Lachen, das 'da bin ich nie untergekommen' (Z6) begleitet und das zweite, das daran anschließt, spricht ebenfalls für Distanz oder Unsicherheit im Bezug auf Ps Aussage. Der Therapeut reagiert in Zeile 7 mit einem 'weil', setzt so selbst Ps 'da bin ich nie untergekommen' kausal fort und macht damit eine Begründung von Seiten der Patientin relevant. Da sie diese erst nicht gibt (Z8), setzt er in Zeile 9 neu an. Gleichzeitig reagiert die Patientin nun doch, und zwar mit 'ich weiß es nicht' (Z11). Damit gibt sie eine dispräferierte und nicht typ-konforme Antwort auf die implizierte Frage danach, weshalb es mit einer Arbeit im Buchladen nicht geklappt hat. Ihr IWN erscheint dabei zuerst als Unwissens-Display und gibt eine epistemische Rechtfertigung dafür, nicht präferiert reagieren zu können. Der Folgekontext legt allerdings nahe, dass sie dieses Unwissen nur vorgibt, um die Frage des Therapeuten als irrelevant zu markieren. P hatte sich durch passive Formulierung und Relativierungen bereits zu Beginn von ihrem Berufswunsch distanziert. Mit 'sie hätten ja nochmal ne ausbildung machen / [müssen]' (Z12/13) bietet T der Patientin eine mögliche Begründung an, die er aus seinem Weltwissen bezieht: Arbeiten im Buchladen erfordert eine spezielle Ausbildung. In Zeilen 14/15 bestätigt P diese Aussage sofort und in Überschneidung mit Ts 'müssen' (Z13) mit '[ja genau] / det (.) und dat war halt nich der fall'. Durch 'genau' und den Evidenzmarker 'halt' (vgl. Fischer, 2016 i.V.; Deppermann, 2015, S. 14) markiert sie Ts Turn darüber hinaus als bereits etabliertes *common ground* Wissen: Der Therapeut weiß es ja selbst, es ist also bekannt und damit irrelevant. Mit 'dat war halt nich der fall' beendet sie ihren Turn. Als eine Art Zusammenfassung beendet dieser für sie auch das Thema. Es wird deutlich, dass Ps 'ich weiß es nicht' in Zeile 11 nicht auf tatsächlichem Unwissen beruht. Das epistemische Element ist vorgeschoben, um

pragmatisch Ablehnung zu ermöglichen. Auf das „ja“ des Therapeuten in Zeile 17 reagiert sie nicht (Z18). Auf die anschließende Frage des Therapeuten 'das wollt'n sie nich oder mh' (Z19) reagiert sie mit einer Begründung, die sie allerdings in Zeile 21 abbricht. Nach Pause beendet sie ihren Turn mit '((ablehnend)) mh_mh °hh nee' (Z22). Es wird klar, dass sie auf das Problem nicht weiter eingehen möchte. Der Therapeut verlagert das Thema mit seiner Frage in Zeile 24 daraufhin weg von ihren Buchladenplänen zurück zu ihrer momentanen Anstellung und dann allgemeiner auf den Freundeskreis der Patientin (Z26).

Das hier besprochene, alleinstehende IWN der Patientin dient dazu, das Thema *Buchladen-Ausbildung* zu vermeiden und genauere Nachfragen des Therapeuten zu umgehen. Nachdem P einleitend durch passivische und relativierende Formulierungen schon Abstand zu ihrem Plan genommen hat, blockiert sie mit 'ich weiß es nicht' weitere Nachfragen. Es zeigt sich im Anschluss, dass sie das erfragte Wissen eigentlich besitzt: Eine Funktion als Unwissens-Display ist nur vorgeschoben, um pragmatisch einen Themenwechsel herbeizuführen. Auf weitere Nachfragen dazu geht P nicht ein, so dass der Therapeut den Themenschwerpunkt ab Zeile 21 tatsächlich verschiebt.

7.1.4. Alleinstehende IWN als Indikator für verfestigten Widerstand

Im folgenden Ausschnitt reagiert die Patientin mit einem alleinstehenden IWN widerständig auf eine Therapeutenfrage, deren optimistische Präsupposition sie nicht teilt. Anders als in den vorherigen Beispielen kommt es im weiteren Verlauf zu direktem Widerspruch der Patientin, den sie wiederholt und deutlich anbringt. Ähnlich wie der therapierte Junge bei Hutchby (2002) ist sie zu keinem Kompromiss bereit. Ihr alleinstehendes IWN ist dabei nur der Anfang eines fortgesetzten Widerstands gegen das besprochene Thema, den sie bis zum Ende der Therapiesitzung nicht aufgibt.

Im ganzen Gespräch zeigt sich das negative Selbstbild der Patientin immer wieder. Gegen Ende widersteht sie der Aufforderung des Therapeuten, ihrer Leistung im gerade geführten Gespräch etwas Positives abzugewinnen, konsequent. Ihr alleinstehendes IWN zu Beginn des Abschnitts ist dabei sowohl selbst widerständig als auch Indikator für starken folgenden Widerstand, der sich bei der Patientin psychologisch verfestigt zu haben scheint:

Ausschnitt 4: T3-2 1:22:34

- 1 T wo warn sie jetzt (.) oder was ham sie ganz gut (.)
- 2 gut hinbekommen im gespräch
- 3 (9.28)
- 4 P weiß nich
- 5 (1.22)

6 T ((schmatzt)) °h wenn sie jetzt (.) ihre eigene therapeutin wären
7 (2.54)
8 T wofür würden sie sich loben
9 (3.37)
10 P ich hätt nichts gelobt
11 (0.42)
12 T hm aber is jetzt nicht
13 jetzt reden sie aus ihrer positi[on]
14 P [ne]
15 e (.) also ich (.)
16 [ich]
17 T [und wenn sie sich]
18 reinversetzen würden sie wären °h
19 (0.47)
20 T ne therapeutin (.) oder ne gute freundin °h
21 (0.64)
22 T und sie müssen des ja auch gar nich sagen aber wo (.)
23 wo würden sie sagen
24 (0.93)
25 T das hat die ganz gut gemacht
26 (4.64)
27 P nee

In Zeilen 1 und 2 stellt der Therapeut eine aufgeladene W-Frage. Nach 'wo warn sie jetzt (.)' korrigiert er sich und fragt 'was ham sie ganz gut (.) / gut hinbekommen im gespräch' . So erfragt er statt einer Stelle im Gespräch ein konkretes Beispiel für gute Therapiearbeit der Patientin. Auch 'ganz' lässt er in seinem zweiten Anlauf fallen und impliziert damit uneingeschränkt, dass P etwas 'gut hinbekommen' hat. Als optimistische Frage setzt diese eine positive Selbsteinschätzung als präferierte und typ-konforme Antwort relevant. Die Patientin reagiert darauf knapp 10 Sekunden lang überhaupt nicht (Z3), was bereits auf eine dispräferierte oder widerständige Antwort hindeutet. Laut MacMartin (2008) ist Widerstand nach optimistischen Fragen besonders wahrscheinlich. In Zeile 4 antwortet P dann mit 'weiß nich' auch ablehnend und widerständig. Sie vermeidet durch ihr IWN, der Präsupposition des Therapeuten ('gut hinbekommen') noch direkter zu widersprechen. In diesem Sinne hat ihr 'weiß nich' zur Vermeidung von Widerspruch eine pragmatische Komponente. Dass sie auf 'was' nicht typ-konform antwortet, rechtfertigt sie dabei epistemisch mit ihrer niedrigen *epistemic stance* und ihrem 'weiß nich' als Unwissens-Display. Ähnlich wie in Ausschnitt 3 kann ihr IWN hier natürlich auch selbst als Ausdruck für Widerspruch bezeichnet werden, der auf eine suggestive Frage folgt (Helmer et al., 2017 i.Dr., S. 22). Die lange Pause, auf die Ps 'weiß nich' folgt, genauso wie die Tatsache, dass sie ihr Nichtwissen nicht weiter begründet oder erklärt, lässt ihr Verhalten sehr widerständig erscheinen. In Zeile 5 setzt sie ihren Turn 1,22 Se-

kunden lang nicht fort, bietet auch keine Vermutung o.ä. zur Kooperation an. Mit dem Fragebeginn 'wenn sie jetzt (.) ihre eigene therapeutin wären' in Zeile 6 versucht T, der Patientin eine Antwort zu erleichtern. Für eine „fremde“ Meinung müsste sie sich weniger rechtfertigen. Außerdem ist nicht mehr nach ihrem eigenen Wissen gefragt, sondern nach dem einer fiktiven Therapeutin, die dieses dank ihres psychotherapeutischen Expertenstatus besitzen muss. T umgeht so die epistemische Argumentation der Patientin und bietet ihr außerdem eine Außenperspektive an, die ihr eine Einschätzung vereinfachen soll. Als P erneut 2,54 Sekunden lang schweigt (Z7), beendet der Therapeut seine Frage mit 'wofür würden sie sich loben' (Z8) und setzt so zum dritten Mal eine Antwort der Patientin auf die leicht abgewandelte Anfangsfrage relevant. Wieder reagiert P stark verzögert (Z9) und erklärt dann ausdrücklich 'ich hätt nix gelobt' (Z10). Hier wird deutlich, dass die Patientin die Präsupposition, etwas gut gemacht zu haben, ablehnt. Ihr 'weiß nich' aus Zeile 4 kann als ein Mittel verstanden werden, die Implikation des Therapeuten abzuwehren und ihr – wenn auch ein wenig impliziter – zu widersprechen. Da T sich nicht von seiner Frage abbringen lässt, und versucht, P durch Umformulierung doch noch zu einer Antwort zu bewegen, muss sie ihre Ablehnung in Zeile 10 mit 'ich hätt nix gelobt' explizit machen. Den Vorwurf aus Zeile 13 'jetzt reden sie aus ihrer positi[on]' verneint P sofort (Z14). Ihren Rechtfertigungsversuch, zu dem sie mit 'also ich' (Z15) ansetzt, unterbricht wiederum der Therapeut (Z17). Wieder versucht er, P mithilfe von '[und wenn sie sich] / reinversetzen würden' (Z17/18) eine Reaktion zu ermöglichen. Doch auch als T 'ne gute freundin' (Z20) als mögliche dritte Perspektive ergänzt und seine Aufforderung mit 'sie müssen des ja auch gar nich sagen' (Z22) relativiert, lässt sich die Patientin nicht mehr zu einer präferierten Antwort bewegen. Auf den hier vorgestellten Ausschnitt folgende, weitere Versuche des Therapeuten führen zum gleichen Ergebnis. Er verlegt sich am Ende darauf, der Patientin die Frage nach dem Guten zur Reflexion mit nach Hause zu geben.

Anhand des Beispiels zeigt sich, dass alleinstehende IWN als Praktik in und Indikator für anhaltenden Patientenwiderstand in Frage kommen. Das 'weiß nich' ermöglicht der Patientin zuerst, direkteren Widerspruch zur positiven Präsupposition des Therapeuten zu vermeiden. Zu diesem kommt es aber dennoch, als T auf der Frage beharrt. Trotz Hilfestellung und mehrerer Anläufe lehnt sie die Frage konsequent ab. Das alleinstehende IWN ist der Beginn eines fortgesetzten und ungebrochenen Widerstands der Patientin. Die vielen Versuche und das Durchhaltevermögen des Therapeuten im Bezug auf die Frage lassen annehmen, dass er hinter dem Abblocken der Patientin auch einen psychologischen Konflikt vermutet.

Vor der folgenden Analyse turninitialer IWN sollen die gewonnenen Erkenntnisse über alleinstehende IWN in einem kurzen Zwischenfazit gebündelt zusammengefasst werden.

7.1.5. Zusammenfassung alleinstehende IWN

Alleinstehende IWN haben mit ca. 8% den geringsten Anteil an der Gesamtheit der gefundenen IWN. Grund dafür sind ihre hohe Dispräferiertheit und geringe Kooperativität, die sie gleichzeitig zu einem geeigneten Widerstandsmittel machen. Sie folgen meistens auf Fragen zu Selbsteinschätzung, Privatleben oder Vergangenheit der Patienten. Vorausgehende Fragen enthalten außerdem oft Präsuppositionen, die Patienten nicht teilen, sind polar und als W- oder Ja/Nein-Fragen formuliert. Vier Verwendungstypen von alleinstehenden IWNs wurden exemplarisch analysiert. Zuerst *Markierung epistemischer Schwierigkeiten*, bei denen das IWN Probleme bei der Fragenbeantwortung verbalisiert, die tatsächlich mit dem Wissensstand des Patienten zusammenhängen. Als zweites *Widerstand gegen Therapeutenformulierung*: Die Patientin verwendet ein alleinstehendes IWN, um einen Begriff des Therapeuten zurückzuweisen, ist davon abgesehen aber kooperativ. Drittens *Zur Vermeidung eines Themas*: Mithilfe eines IWN macht die Patientin ein Thema irrelevant und erwirkt einen Themenwechsel des Therapeuten. Und viertens: *Als Indikator für verfestigten Widerstand* – die Patientin verweigert die Kooperation komplett. Im ersten Fall ist die epistemische Behauptung von Unwissen die primäre Funktion des IWN. In den anderen Beispielen stehen pragmatische Aspekte zum Ausdruck von Irrelevanz und Widerspruch im Vordergrund. Es zeigt sich, dass alleinstehende IWN nicht in jedem Fall widerständig sind, in vielen Fällen aber als Mittel zum Widerstand gebraucht werden und mit folgenden Widerstandshandlungen in Verbindung stehen können.

7.2. Initiale IWN

Als zweite Variante reaktiver IWN sollen nun turninitial Verwendungen näher untersucht und auf ihr Potential als Widerstandspraktik hin analysiert werden. Sie stehen am Anfang eines Patiententurns und beziehen sich projektiv auf die folgende Äußerung, haben aber keinen retrospektiven Bezug zu vorhergehenden Turns der Patienten. In den Gesprächen finden sich turninitiale IWN 53 mal. Damit machen sie ca. 35,8% der 148 gefundenen IWN aus und bilden nach turnmedialen IWN die zweitgrößte Gruppe in den Daten. Ihre im Vergleich mit alleinstehenden IWN große Popularität erklärt sich daraus, dass sie der einleitende Teil einer längeren Antwort sind. In dieser können die problematischen Elemente des IWN, Dispräferiertheit und mangelnde Typ-Konformität, bearbeitet und relativiert werden. Nicht jede Antwort, die mit *ich weiß nicht* beginnt ist daher unkooperativ und widerständig. Trotzdem kom-

men turninitiale IWN als Widerstandsmittel in Frage: Sie können am Anfang einer ausweichenden Antwort stehen oder Widerstand einleiten, den der Patient epistemisch begründet. Ähnlich wie schon bei alleinstehenden IWN folgen turninitiale IWN meistens auf Fragen, die eine Selbsteinschätzung des Patienten relevant machen und sein Privatleben oder seine Vergangenheit thematisieren. Die Fragen sind in der Mehrzahl polarisierte Ja/Nein-Fragen (31 mal), die meistens als V1-Fragen (24 mal) und sonst als Deklarativsatzfragen formuliert sind. W-Fragen sind mit 25 Fällen die zweithäufigste Fragenform, fünf mal folgen initiale IWN auf Rückmeldepartikel. Häufig gehen initialen IWN mehrere Therapeutenfragen voraus, um z.B. Alternativen anzubieten. Präsuppositionen des Therapeuten sind im Vergleich mit alleinstehenden IWN von geringerer Bedeutung.

Einleitend soll im Folgenden an zwei Beispielen von *initialen IWN in nicht widerständiger Funktion* (7.2.1.) gezeigt werden, dass nicht alle Verwendungen eine Rolle als Widerstandspraktik spielen. Auch im psychotherapeutischen Gespräch werden sie in der Funktion einer *epistemic hedge* verwendet, um einen Turn als Vermutung zu markieren, oder leiten als pragmatischer Marker eine potentiell ungenügende Antwort ein. Je ein Ausschnitt dazu soll zeigen, dass die Folgeantwort trotzdem präferiert und zumindest nicht aktiv widerständig ausfallen kann. Im Anschluss wird ein Fallbeispiel für *initiale IWN als Einleitung zu ausweichender Antwort* diskutiert (7.2.2.). Das IWN stellt dort gewissermaßen die Weiche für eine dispräferierte Reaktion des Patienten. So kann er der Fragenagenda aus dem Weg gehen und Widerstand leisten, ohne diesen explizit machen zu müssen. Ausführlich wird daraufhin die Verwendung *initialer IWN als epistemischer Block* (7.2.3.) analysiert. Hierbei stellen Patienten mit einem IWN einen Unwissensanspruch, der ihnen eine Antwort unmöglich macht. Dieser Anspruch wird mithilfe von Privatwissen des Patienten untermauert, über das er eine hohe epistemische Autorität besitzt. Im therapeutischen Kontext besonders interessant sind *epistemische Blocks*, bei denen das initiale IWN des Patienten nicht nur dazu dient, eine Frage zu blockieren, sondern das behauptete Unwissen zusätzlich als behandlungsrelevantes Problem markiert wird. Um die verschiedenen Varianten epistemischer Blocks hinreichend abbilden zu können, werden hier vier Beispiele in unterschiedlicher Ausführlichkeit vorgestellt.

7.2.1. Initiale IWN in nicht widerständigen Funktionen

In vielen Fällen folgt auf ein turninitiales IWN der Patienten kein ausgeprägter Widerstand. Sie werden als *epistemic hedge*, als Anzeiger eines niedrigen Wissensanspruchs (K-) oder *epistemic stance*, verwendet und markieren eine Antwort, bei der sich Patienten nicht

ganz sicher sind oder die eine Vermutung darstellen. An anderen Stellen haben sie vornehmlich eine pragmatische Funktion. Sie zeigen an, dass Sprecher nicht genau wissen, ob ihre Antwort ausreichend oder erwünscht ist. Solche initiale IWN können theoretisch ein Anker für zukünftigen Widerstand sein, weil sie ein Zurücknehmen der eigenen Aussage erleichtern. Einem Therapeutenbeitrag, der auf der Interpretation eines mit *weiß nicht* eingeleiteten Turns aufbaut, könnten Patienten so die Grundlage entziehen: Sie hatten ja vorher gesagt, dass sie sich nicht sicher sind. In einem solchen Fall könnte man von einer elaborierten und wirksamen Widerstandspraktik sprechen. Leider findet sich in den Daten dafür kein überzeugendes Beispiel. Häufiger sind die Patienten trotz eines einleitenden IWN in ihren Antworten weitestgehend kooperativ und schicken ihrer Aussage nur einen epistemischen oder pragmatischen Disclaimer voraus.

Beispiel: Epistemic Hedge vor kooperativer Antwort

Im ersten Beispiel verwendet der Patient sein einleitendes IWN als *epistemic hedge*: Er markiert seinen Turn als Vermutung und signalisiert einen geringen Wissensanspruch. Seine Antwort erinnert an die unter 7.1.1. besprochene Funktion *Markieren epistemischer Schwierigkeiten* bei alleinstehenden IWN. Auch wenn er sich im Bezug auf die Richtigkeit seiner Antwort nicht sicher ist, kann man dem Patienten hier keine aktive Widerständigkeit unterstellen. Er versucht eine für ihn schwierige Frage nach bestem Wissen zu beantworten.

Thema ist im analysierten Gesprächsausschnitt die Sensibilität Ps. Schon als Kind hat er Symptome seiner an Morbus Bechterew erkrankten Mutter sehr differenziert wahrgenommen. Als der Therapeut ihn nach einer möglichen Ursache dafür fragt, reagiert er mit einem turninitialen IWN:

Ausschnitt 5: T3-1 0:19:29

```

1  T ja (0.27) sind sie da feinfühlig in der (0.21) [(doch) ]
2  P                                     [ja      ]
3  (0.5)
4  T hm (2.2) kommt wie kommt_s
5  (1.8)
6  P °h ich weiß es net vielleicht durch den engen kontakt den ich
7  schon immer zu meiner mutter hatte also man sagt ja immer (.)
8  °h dass so (.) ne sensible seite eher feminin wär oder so(.)
9  [was  ]
10 T [m hm ]
11 (0.47)
12 P ich irgendwo für (.) blödsinn halt (.)
13 T hm[_hm, ]
14 P [we]il: menschen sin ja unterschiedlich und (.) °h es is ganz
15 egal ob er ob_s mann oder frau is

```

16 (0.33)
 17 T hm (2.36) und (.) der kontakt zwischen ihnen beiden war auch
 18 schon (.) früher
 19 P (.) hm_hm,
 20 T eng oder sie waren sich wichtig gegen [gegen]seitig
 21 P [hm_hm]
 22 (0.5)

Die V1-Frage des Therapeuten aus Zeile 1 'sind sie da feinfühlig in der (0.21)', bestätigt der Patient in Zeile 2 in Überschneidung mit '[ja]'. Einer Charakterisierung als empfindsamen Menschen kann er ohne Zögern zustimmen. Von sich aus äußert sich P allerdings nicht weiter dazu. Auch auf das zum Weitersprechen anregende 'hm' des Therapeuten in Zeile 4 geht er nicht ein, so dass dieser mit 'kommt wie kommt_s' einen Grund für Ps Feinfühligkeit als Antwort explizit relevant setzt. T entscheidet sich, nachdem er mit 'kommt' zu einer V1- und damit einer Ja/Nein-Frage angesetzt hat, in seinem Turn um und stellt mit 'wie kommt_s' eine sehr offene W-Frage, die den Patienten zur Selbstreflexion auffordert. Hierauf hat P zuerst keine Antwort. Nach 1.8 Sekunden (Z7) beginnt er seinen Turn mit '°h ich weiß es net vielleicht' (Z8). Sein initiales IWN drückt hier Unsicherheit bezüglich des Wahrheitsgehalts der folgenden Aussage aus. P beansprucht hier, obwohl er es im Bezug auf Wissen über sich selbst könnte, keinen hohen epistemischen Status. Das 'vielleicht' markiert das Gesagte zusätzlich als Vermutung. Er bietet 'durch den engen kontakt den ich / schon immer zu meiner mutter habe' (Z6/7) als möglichen Grund für seine Sensibilität an. Typ-konform und präferiert wäre diese Antwort. Mit seiner Vermutung beruft P sich auf Allgemein- oder Weltwissen und drückt das mit 'man sagt ja immer (.) / °h dass so (.) ne sensible seite eher feminin wär' (Z7/8) aus. Schon das folgende 'oder so (.)' (Z8) deutet allerdings darauf hin, dass P sich mit dieser Einschätzung nicht ganz sicher ist. In Zeile 11 kommt es zu einer kurzen Pause, weil nach der Überschneidung in Zeilen 9/10 nicht klar ist, wer das Rederecht übernimmt. Der Patient führt seinen Beitrag dann doch zu Ende, der in Gänze '[was] ich irgendwo für (.) blödsinn halt (.) / [weil] menschen sin ja unterschiedlich und (.) °h es is ganz / egal ob er ob_s mann oder frau is' (Z9-15) lautet. Die sozial verankerte Formel weiblich = sensibel hält er für nicht sehr überzeugend, für ihn spielt Geschlecht diesbezüglich eine untergeordnete Rolle. Damit distanziert er sich ein weiteres Mal von seiner durch 'ich weiß es net' eingeleiteten Aussage. Das rückmeldende 'hm' des Therapeuten in Zeile 17 kann P nicht zu weiteren Erklärungen bewegen, es folgen über 2 Sekunden Stille (Z17). Über die abgegebene und als fraglich markierte Vermutung zum Thema Feinfühligkeit hinaus scheint dem Patienten dazu nichts einzufallen. T

schließt daran an, indem er sich auf die beiläufig relevant gesetzte Beziehung zwischen P und seiner Mutter bezieht (Z17/18). Hierauf gibt der Patient wieder bestätigende Rückmeldung (Z19). Im weiteren Gesprächsverlauf wird dann die Beziehung zu den anderen Mitgliedern der Familie thematisiert.

Das turninitiale 'ich weiß es net' des Patienten dient im vorliegenden Ausschnitt dazu, von einer Antwort Abstand zu nehmen, die für den Patienten nur bedingt plausibel ist. Er bietet seine enge Mutterbindung als mögliche Ursache für seinen sensiblen Charakter an, zeigt aber gleichzeitig, dass er von dieser Theorie nicht komplett überzeugt ist. Mit seinem IWN betreibt er *epistemic hedging*: Er stellt eine Vermutung an, die vor dem Hintergrund allgemeiner Geschlechterstereotype Sinn ergibt, geht aber gleichzeitig auf Distanz dazu. Der Therapeut greift die Mutterbeziehung des Patienten im weiteren Gesprächsverlauf wieder auf und verwendet sie zur Weitergestaltung des Therapiegesprächs. Das Verhalten des Patienten ist hier um Kooperation bemüht. Er versucht eine Antwort, auch wenn er keine hundertprozentig stimmige Erklärung hat. Als *epistemic hedge* markiert das initiale IWN das Folgende als unsicher, dient dem Patienten aber nicht dazu, gegen die Therapie Widerstand zu leisten.

Auch eine nicht widerständige Verwendung initialer IWN als pragmatischer Marker ist in den Daten verbreitet und soll an einem zweiten Fall belegt werden.

Beispiel: Pragmatischer Marker vor kooperativer Antwort

Im folgenden Ausschnitt wird ein turninitiales IWN als pragmatischer Disclaimer verwendet und drückt aus, dass die Antwort des Patienten möglicherweise ungenügend ist. Nichtsdestotrotz gibt dieser detailliert Auskunft über den vom Therapeuten erfragten Gegenstand. Zu seinen leiblichen Eltern hatte P ein schlechtes Verhältnis und wuchs zu großen Teilen bei seiner älteren Schwester und deren Mann auf. Als wichtige Ansprechpartner in seiner Jugend erwähnt er seine Lehrer. Darüber wundert sich der Therapeut und fragt nach einer genaueren Erklärung. Zuerst reagiert der Patient zögerlich, ist schließlich aber zu einer ausführlichen Beschreibung bereit. Obwohl er diese mit 'weiß nich' einleitet, ist seine Antwort präferiert und kooperativ:

Ausschnitt 6: T1-4 0:34:56

- 1 P un meine lehrer warn immer für mich da
- 2 (0.74)
- 3 T zu denen hatten sie n gutes verhältnis
- 4 (0.93)
- 5 P manchmal sogar n besseres als zu meiner eignen schwester ja
- 6 (0.58)

7 P m hm
8 T °hhh m hm was so (.) wie kam das (.) das is ja nich so
9 selbstverständlich (.) irgendwie
10 P **weiß nich** mein äh mein klassenlei äh lehrer damals hat en sohn in
11 meinem alter gehabt (0.86) wir warn dann auf klassenfahrt gewesen
12 °hh un ich war halt in der schule immer der m hm der strebertyp der
13 immer auf die ähm mh ja (0.82) der halt immer einstecken durfte
14 (0.46) °hh (0.54) und ähm mein klassenlehrer hat mich irgenwann mal
15 zur seite genommen und gefragt wieso weswegen warum und °hh
16 T warum sie immer was abgekriecht haben von den and[ern]
17 P [ja]

In Zeile 1 bringt der Patient seine Lehrer als wichtige Bezugspersonen in der Jugend ins Spiel. Als er sich dazu nicht weiter äußert (Z2), formuliert der Therapeut Ps Aussage mit 'zu denen hatten sie n gutes verhältnis' (Z3) um und gibt sie als polare Deklarativsatzfrage zurück. Diese setzt Bestätigung und weitere Erklärung als Antwort relevant. P bestätigt und erklärt, das Verhältnis sei 'manchmal sogar besser als zu meiner eignen schwester' (Z4) gewesen, bei der er aufgrund von Problemen mit der Mutter seine Kindheit verbracht hatte. Details zur Beziehung zu seinen Lehrern nennt der Patient allerdings erneut nicht, weshalb T in Zeile 6 zuerst nicht reagiert. P möchte anscheinend nicht weiter darauf eingehen, bekräftigt mit 'm hm' (Z7) seinen Turn als beendet und überträgt das Rederecht auf den Therapeuten. Dieser setzt eine Erklärung zur Lehrerbeziehung ab Zeile 8 mit 'wie kam das (.)' wiederholt relevant und begründet seine W-Frage mit 'das is ja nich so selbstverständlich (.) irgendwie' (Z8/9). P reagiert mit einem längeren Turn, den er in Zeile 10 mit 'weiß nich' einleitet. Da er natürlich weiß, was er erzählt, handelt es sich hier nicht um eine Verwendung als *epistemic hedge*. Es scheint – auch im Hinblick auf seine vorher zögerlichen Antworten – eher so, als wisse er nicht genau, was er erzählen solle. Sein 'weiß nich' ist hier ein pragmatischer Marker, der ausdrückt, dass die folgenden Antworten eventuell nicht ausreichend sind. Er erzählt dennoch recht ausführlich. In Zeile 10 bestimmt er mit 'mein äh mein klassenlei äh lehrer' den Lehrer genauer, zu dem er ein gutes Verhältnis hatte und gibt mit 'hat en sohn in meinem alter gehabt' (Z10/11) einen möglichen Grund dafür an, dass der Lehrer sich besonders um ihn gesorgt hat. In Zeile 11 pausiert der Patient eine knappe Sekunde, eine Verzögerung, die möglicherweise auf einen Überlegungsprozess zurückgeht. Mit 'wir waren dann auf klassenfahrt gewesen' (Z11) fängt er an, ein konkretes, für das gute Lehrerverhältnis wichtiges Erlebnis zu beschreiben. Wenn er sich als 'strebertyp der immer auf die ähm mh ja (0.82) der halt immer einstecken durfte' (Z12/13) charakterisiert, nennt er ein konkretes Problem, bei dem ihm sein Lehrer

geholfen hat. Die erneute Pause von 0.82 Sekunden ist hier mit Blick auf das vorausgehende „ähm mh ja“ mit hoher Wahrscheinlichkeit einem Formulierungsproblem geschuldet. Auch in Zeile 14 kommt es zu Verzögerungen. Durch das Einatmen am Zeilenbeginn signalisiert der Patient allerdings, seinen Turn fortsetzen zu wollen. Er spricht dann auch weiter: Der Lehrer hat P 'irgendwann mal zur seite genommen und gefragt wieso weswegen warum' (Z14/15). Nach seinem 'weiß nich', das seine Antwort pragmatisch als potentiell ungenügend markiert, gibt der Patient also Auskunft darüber: (1) Welcher Lehrer gemeint ist in Zeile 10, (2) warum er als Vertrauensperson in Frage kam in Zeilen 10/11, (3) welches Problem für den Patienten bestand in Zeilen 12/13 und (4) wie ihm geholfen wurde in Zeile 15. Auf die Klärungsfrage des Therapeuten in Zeile 16 'warum sie immer was abgekriecht haben von den and[ern]' reagiert der Patient sofort bestätigend (Z17). Im Anschluss an den hier betrachteten Ausschnitt erzählt er ausführlich von dem Gespräch, das er damals mit seinem Lehrer geführt hat.

Das turninitiale IWN des Patienten im vorliegenden Fall dient ihm als pragmatischer Marker und drückt aus, dass er sich nicht sicher ist, ob seine Antwort passend ist. Seine zögerlichen Reaktionen davor deuten eine so gestaltete Unsicherheit bereits an. Betrachtet man den mit dem IWN eingeleiteten Gesprächsausschnitt, zeigt sich allerdings eine hohe Kooperationsbereitschaft des Patienten. Er gibt bereitwillig und ausführlich Antwort, sein Turn kann als typ-konform und präferiert bezeichnet werden. Das initiale 'weiß nich' wird hier folglich nicht als Mittel zum Widerstand verwendet, sondern drückt aus, dass der Patient sich nicht sicher ist, ob seine Antwort auf die Frage passt.

7.2.2. Intiale IWN als Einleitung zu ausweichender Antwort

Im folgenden Beispiel bedient sich der Patient eines initialen IWN, um eine Frage des Therapeuten zu umgehen. Sein 'weiß nich' sieht einer Verwendung als pragmatischer Marker ähnlich. Auf diesen folgt allerdings eine Antwort, die auf den Auftrag der Frage nur sehr bedingt eingeht. Der Patient leistet so auf subtile Art Widerstand: Er widersetzt sich der Agenda des Therapeuten, ohne das explizit auszusprechen. Das erinnert an Falks (2013) Untersuchung von finnischen IWN zur Fragenvermeidung, und passt außerdem mit Stivers (2010) Untersuchungen zu *transformative answers* zusammen. Falk beschreibt IWN, die gewissermaßen als Überleitung zu einer ausweichenden Antwort fungieren. Stivers *transformative answers* ändern den Frageauftrag nachträglich, um z.B. ein Thema zu vermeiden (Stivers, 2010, S.1). Während Stivers *I don't know* als non-answer kategorisiert, zeigt sich hier, dass initiale IWN durchaus Teil einer komplexeren transformativen Antwort sein können. Mit unter 4.4. bespro-

chenen *Refocusing responses* (MacMartin, 2008, S. 86) passt das Verhalten des Patienten ebenfalls gut zusammen, auch für diese lassen sich initiale IWN also einsetzen.

Vor dem analysierten Gesprächsausschnitt ist die Beziehung zu einem Ex-Partner des Patienten Thema. Weil P sich diesem unterlegen gefühlt hat, kam es zwischen beiden immer wieder zu Auseinandersetzungen. Über die Ursache eines gewalttätigen Ausrasters des Patienten möchte dieser nicht sprechen. Mithilfe eines initialen IWN leitet er eine ausweichende Antwort ein. Diese geht auf den Frageauftrag nur ungenügend ein und führt zu einer verallgemeinernden Aussage, die von der Agenda des Therapeuten abweicht:

Ausschnitt 7: T1-4 0:52:18

- 1 P richtig das war meine hauptsorge da kamen dann wirklich
2 h° schon minderwertigkeitskomplexe das hat mich dann (.)
3 depressiv gemacht er hatte seinen job ich meinen nicht
4 (0.69)
5 T m hm m hm
6 P und ähm
7 (0.45)
8 ja s hat mich dann irgendwann soweit gebracht
9 dass ich dann halt son kleinen ausraster hatte und
10 °hhh
11 des wohnzimmer etwas zerlegt hatte und er sich dann
12 im schlafzimmer eingesperrt hatte
13 °hhh
14 und ich hab halt äh versucht
15 [die schlafzimmertür aufzubrechen]
16 T [°hhh und warum]
17 der ausraster wie kams zu der situation (.)
18 wenn das so (.) dramatisch war
19 P **weiß nich**
20 [wir ha wir hatten st]
21 T [dramatisch war]
22 P reit gehabt und °hh ähm (.) er konnte mit worten sehr verletzen
23 (0.48)
24 P er konnte sehr viel (.)
25 [heilen und er konnte auch sehr viel ((unverständlich))]
26 T [was hat er ihnen dann (.) vorgehalten]
27 P (.) °hh ja dass ich keine arbeit hab dass ich eh zu nichts wert wär
28 (1.39)
29 un halt was man im streit so sagt
30 T m hm °hh war das dann kurz vor der trennung oder gings dann noch (.)
31 länger (.) nach diesem (.)

In den Zeilen 1-3 geht der Patient auf seine Sorgen und seine Komplexe in der vergangenen Beziehung ein, die daher rührten, dass er arbeitslos war und sein Partner nicht. Ab Zeile 8 beschreibt er eine Streitepisode, in der dieser Minderwertigkeitskomplex zu einem Gewaltausbruch führte. In seiner Schilderung spielt P sein aggressives Verhalten herunter: Das Wohnzimmer zerlegt er 'etwas' (Z11) und bezeichnet das als 'halt son kleinen ausraster' (Z9). Als sein Partner ins Schlafzimmer flieht, hat der Patient 'halt äh versucht / [die schlafzimmertür aufzubrechen]' (14/15). Augenfällig ist beide Male der Evidenzmarker 'halt', durch den er sein Handeln als allgemein akzeptiert und normal markiert (vgl. Fischer, 2016 i.V.; Deppermann, 2015, S. 14). Hier hakt der Therapeut nach und fällt dem Patienten mit '['°hhh und warum] / der ausraster wie kams zu der situation (.)' (Z16/17) ins Wort. Damit stellt er zwei W-Fragen zur geschilderten Episode. Mit 'warum' setzt er einen Grund für den Ausraster, mit 'wie' Details zur Entwicklung oder zum Kontext als Antwort relevant. Durch sein erneutes Ansetzen mit 'wenn das so (.)' in Zeile 18 zeigt T an, dass er seinen Turn fortsetzen möchte. P übernimmt in Zeile 19 trotzdem das Rederecht und antwortet mit 'weiß nich / [wir ha wir hatten st] / reit gehabt und °hh ähm (.) er konnte mit Worten sehr verletzen'. Ähnlich wie in Ausschnitt 6 – es handelt sich um den gleichen Patienten – markiert das initiale 'weiß nich', dass die folgende Antwort eventuell dispräferiert ist. Eine epistemische Deutung ist hier sekundär, denn 'wir hatten streit gehabt und °hh ähm (.) er konnte mit Worten sehr verletzen' erscheint nicht als Vermutung oder als unsicher. Das initiale IWN bezieht sich nicht inhaltlich auf die Aussage Ps, sondern markiert sie interaktional als potentiell ungenügend oder unerwünscht. Trotzdem ist ein 'weiß nich' natürlich immer auch eine epistemische Behauptung. Es markiert die *epistemic stance* des Patienten dann als gering und zeigt einen K- Status des Patienten an. Seinen epistemischen Status kann er paradoxerweise deshalb als *less knowledgeable* markieren, weil ihm bezüglich seiner persönlichen Erfahrungen hohe epistemische Autorität zukommt. Sein 'weiß nich' kann im epistemischen Sinn logisch eigentlich nur ein Vergessen der näheren Umstände bedeuten: Der Grund für Ps Ausraster erscheint so zusätzlich als nicht erinnerungswert und irrelevant. Vor diesem Hintergrund kann der Patient dann eine potentiell dispräferierte Antwort geben. Sein '[wir ha wir hatten st] /reit gehabt' (Z20/22) beantwortet die Frage nach Grund und Hergang des Vorfalls nämlich nur unzureichend. Sie ist unterkomplex, denn dass die Beziehung konfliktbehaftet war, wurde bereits zu Beginn des Ausschnitts geklärt und bietet als *common ground* Wissen keine neue Information. Mit 'er konnte mit Worten sehr verletzen' (Z22) geht P nicht auf die konkrete Ausraster-Situation ein, sondern verallge-

meinernd auf die Persönlichkeit seines Ex-Partners. Nach einer Pause (Z23) weicht er mit 'er konnte sehr viel (.) / [heilen und er konnte sehr viel ((unverständlich))]' (Z24/25) weiter ab und fokussiert auf den Charakter seines Ex-Partners, ohne damit etwas zu den Umständen des Konflikts auszusagen. Das Abschweifen des Patienten unterbindet der Therapeut in Zeile 26, indem er ihn mit '[was hat er ihnen denn (.) vorgehalten]' unterbricht. Er setzt so nochmal die Streitsituation relevant und fragt nach konkreten Vorwürfen des Ex-Partners, die als Auslöser für den Ausraster eventuell entscheidend waren. Der Patient antwortet nach kurzer Pause und längerem Einatmen mit 'ja dass ich keine arbeit hab dass ich eh zu nichts wert wär' (Z27) und schließt, als der Therapeut darauf nichts erwidert (Z29), mit 'un was man im streit so sagt'. Sein „ja“ verweist dabei als Evidenzmarker wieder auf schon geteiltes *common ground* wissen und bezieht sich höchstwahrscheinlich auf die Schilderung seines Minderwertigkeitskomplexes in den Zeilen 1-3 zurück, wo P seine Arbeitslosigkeit problematisiert hatte. Das 'un was man im streit so sagt' ist erneut verallgemeinernd und impliziert Gewöhnlichkeit und Irrelevanz der Vorwürfe von Ps Ex-Partner. In Zeile 30 lässt der Therapeut dann von dem geschilderten Vorfall ab und stellt Fragen zur weiteren Entwicklung der Beziehung.

Das turninitiale IWN des Patienten leitet hier eine elaborierte Vermeidungsstrategie ein, mit der er die Agenda der Therapeutenfrage umgeht, ohne offen formulierten Einspruch zu erheben. Sein IWN-Turn funktioniert dabei vornehmlich als pragmatischer Marker, mit dem die folgende Antwort als potentiell ungenügend markiert wird. Epistemisch lässt das 'weiß nich' des Patienten das Thema generell als irrelevant erscheinen. Tatsächlich gibt P in der Folge keine präferierte Antwort, sondern weicht der Bearbeitung der Frage durch Verallgemeinerung und Fokusverlagerung aus. Auch auf eine Folgefrage gibt er keine Auskunft, die über das bereits im Gespräch etablierte Wissen hinausgeht. Der Therapeut sieht infolgedessen von weiteren Detailfragen ab und setzt das Gespräch in eine andere Richtung fort. Das initiale IWN des Patienten kann hier als subtile Praktik des Widerstands verstanden werden, mit der einer Frage ausgewichen wird. Im vorliegenden Fall ist der Patient damit auch erfolgreich.

7.2.3. Initiale IWN als epistemischer Block

In den Gesprächen finden sich mehrere turninitiale IWN mit epistemischem Schwerpunkt, die nicht wie unter 7.2.1. besprochen als *epistemic hedge* auftreten, sondern *lack of knowledge* ausdrücken und so eine ausbleibende Antwort rechtfertigen. Auf das einleitende IWN folgt dann ein Grund für das Unwissen, den die Patienten aus ihrem Privatleben ableiten. Einige Fälle erwecken allerdings den Anschein, epistemische Gründe vorzuspiegeln, um

Widerstand gegen eine Frage des Therapeuten zu leisten. Solche initialen IWN sollen im Folgenden als *epistemischer Block* bezeichnet werden: Sie blocken eine Antwortverpflichtung ab, indem sie argumentieren, das erfragte Wissen nicht zu besitzen. Während Patienten ihren epistemischen Status mit *epistemic hedge* IWN als niedrig markieren, greifen sie für epistemischer Block IWN auf ihren hohen epistemischen Status in Privatangelegenheiten zurück. Um ihr Unwissen zu untermauern benutzen sie Details aus ihrem Leben, auf die der Therapeut keinen Zugriff hat. Diese Taktik erinnert stark an die Strategien, die Ekberg und LeCouter (2015) im Bereich *Clients' resistance to therapists' proposals* aufgefallen waren. *Appeals to restrictive situational factors* (Ekberg & LeCouter, 2015, S. 15), *appeals to a fixed physical state* (Ekberg & LeCouter, 2015, S. 18) und *assertions of previous effort* (Ekberg & LeCouter 2015, S. 19) sind epistemische Widerstandspraktiken. Sie gelingen, weil die Patienten bezüglich ihres Privatlebens den höheren epistemischen Status besitzen als der Therapeut. Geht es um ihre Erlebnisse, Gedanken und Gefühle, steht ihnen immer das letzte Wort zu. Ganz sokratisch haben Patienten folglich auch das Recht zu wissen, was sie nicht wissen. Mit turneinleitenden IWN, die als epistemischer Block verwendet werden, machen sie genau von diesem Recht Gebrauch. Es wird Unwissen behauptet und mit Gründen aus dem Privatleben, die der Therapeut nicht überprüfen kann, argumentativ gestützt. Diese Gründe müssen dabei keinesfalls frei erfunden sein, um einer Antwortverpflichtung auszuweichen – in einigen Fällen scheinen sie unabhängig von ihrem Wahrheitsgehalt als unplausibel.

Vier Ausschnitte sollen hier mit unterschiedlicher Analysetiefe besprochen werden. Ausführlich wird zuerst auf ein Beispiel eingegangen, in dem die Patientin ihr Nichtwissen mit der Behauptung stützt, sie hätte die erfragte Information von einer dritten Person nicht erhalten. Exemplarisch wird an einem zweiten Beispiel gezeigt, dass auch eine fehlende Erinnerung als Argument für einen epistemischen Block in Frage kommt. Zuletzt werden zwei Ausschnitte analysiert, in denen der Patient sein Unwissen damit begründet, dass der erfragte Gegenstand noch nicht hinreichend therapeutisch aufgearbeitet ist. In diesen Fällen kommt zu der widerständigen Funktion des epistemischen Blocks eine weitere hinzu: Es werden für die Therapie wichtige Inhalte markiert.

Beispiel: Epistemischer Block – Wissen Dritter

Im folgenden Beispiel vermeidet die Patientin eine Antwortverpflichtung mithilfe eines turninitialen IWN als epistemischen Block. Thema ist das schwierige Verhältnis zur Mutter, die seit der Geburt der Patientin unter epileptischen Anfällen und einem sich stetig ver-

schlechterndem Gesundheitszustand leidet. Die Schuld daran gibt sie ihrer Tochter, der Patientin, die mit diesen Vorwürfen schwer zu kämpfen hat. Als der Therapeut fragt, ob die Mutter in diesem Zusammenhang auch Wiedergutmachung in irgendeiner Weise erwartet hat, blockiert die Patientin: Sie wisse das nicht, weil sie darüber nie mit ihrer Mutter gesprochen habe. Das Thema *Erwartungen der Mutter* kann die Patientin so komplett vermeiden. Sie argumentiert epistemisch und stützt ihren Anspruch auf Unwissen mit dem Verweis auf ihr Privatleben und das Wissen einer dritten Person:

Ausschnitt 8: T2-4 0:22:55

- 1 P [weiß i]ch dass ich nich schuld bin ich ha
2 T [(wä)]
3 P [b ma net ausgesucht ich hab ja kei kart gezoze irgendw]o
4 T [mhm (.)mhm]
5 (0.35)
6 T m hm
7 P ja ich will jetz uf die welt komme is ja völliher blödsinn ne
8 [aber trotzdem tuts weh]
9 T [und (.) und war damit]
10 dann irgendwie ne erwartung verbunden jetz musst du mir
11 wieder(.) gut machen oder oder musst dich um äh um mich kümmern oder
12 P (0.38) ((schnalzt)) (0.66) hab ich da ne erwartung mit verbunden
13 T (0.34) eher ob die mutter da[mit ne erwartung hat ü]
14 P [°hh die mutt]a
15 T ja
16 (1.28)
17 P **uh des weiß ich ne[t h°]**
18 T [mhm]
19 des hab ich se noch nie gefragt (0.35)
20 des kann ich jetz gar nich sagen ob[die da]
21 T [mhm]
22 nee(0.34) des weiß ich ni[ch]
23 T [m]hm
24 P (1.76) ((schnalzt)) (0.92) ich kanns n[ich sagen ob die mi]
25 T [mhm (.) ja]
26 P r (0.29) muss[ich passe]n
27 T [mhm]
28 (0.49)
29 °h ja
30 (0.48)
31 T die frage is so (.) man sagt ja (0.43)
32 eine mutter schenkt ihrem (.) kind das leben
33 P ja
34 T ja (.) °hh aber wenn da so vorwürfe drin
35 is eigentlich kein richtiges geschen[k irgendwie]ja

36 P

[nee]

37 (0.63)

38 also ich hab mich immer ungewünscht gefühlt

Zu Beginn des Ausschnitts berichtet P davon, wie verletzend die Schuldzuweisungen ihrer Mutter für sie sind, unabhängig davon, dass ihr rational betrachtet natürlich keine Verantwortung für deren Krankheit zukommt. In den Zeilen 7 und 8 bringt sie diese Einstellung mit 'völllicher blödsinn ne / [aber trotzdem tuts weh]' zusammenfassend auf den Punkt. Nach ihrem 'ne' in Zeile 8 – an dieser Stelle hätte ihr Turn als rhetorische DSF mit Fragepartikel enden können – kommt es zu einer Überlappung mit dem Therapeuten. Dieser setzt deswegen in Zeile 9 zwei mal an und stellt in einem längeren Turn zwei V1-Fragen. Mit 'war damit] / dann irgendwie ne erwartung verbunden jetzt musst du mir wieder (.) gut machen' (Z9/10) erkundigt er sich nach Ansprüchen der Mutter, die sie an die Patientin stellt. Sein 'irgendwie' signalisiert, dass es T dabei nicht auf eine möglichst konkrete Antwort ankommt. Sein 'jetzt musst du mir wieder (.) gut machen' formuliert er als direkte Rede aus der Perspektive der Mutter und gibt damit ein Beispiel dafür, wie die Mutter ihrer Erwartung möglicherweise Ausdruck verliehen haben könnte. Alternativ bietet er 'musst dich um äh um mich kümmern oder' (Z11), wieder im fiktiven Zitat als Beispiel an. Dass er mit 'oder' schließt, macht deutlich, dass P sich nicht zwischen einer der beiden Varianten entscheiden muss, sondern dass diese nur beispielhaft mögliche Erwartungs-Formulierungen der Mutter sind. Als Ja/Nein Fragen sind die Turns des Therapeuten trotzdem polar und machen eine Bestätigung der Patientin als präferierte Antwort relevant. P reagiert erst nach längerer, durch ein eventuell nachdenkliches Schnalzen unterbrochener Pause mit 'hab ich da ne erwartung mit verbunden' (Z12). Auch diese Frage drückt einen Nachdenkprozess aus und zeigt gleichzeitig, dass sie die Frage des Therapeuten nicht richtig verstanden hat: Sie hat die Erwartung auf sich selbst bezogen. Als T das bemerkt, präzisiert er in Zeile 13 'eher ob die mutter da[mit ne erwartung hat ü]'. P bemerkt ihren Irrtum und reagiert umgehend und in Überlappung mit '[°hh die mutt]a' (Z14), was der Therapeut daraufhin bestätigt (Z15). Auf die so geklärte Frage reagiert P über eine Sekunde lang nicht (Z16). Ihr Zögern kann bereits als Hinweis auf eine dispräferierte Antwort gelesen werden. Mit 'uh des weiß ich ne[t °h]' gibt sie diese auch. Sie stellt einen Unwissensanspruch, den sie sofort mit 'des hab ich se noch nie gefragt' (Z19) untermauert. Es ist ersichtlich, dass es sich hier nicht um ein initiales IWN als *epistemic hedge* handelt: Ihr 'des hab ich se noch nie gefragt' wird von 'uh des weiß ich ne[t °h]' nicht als unsicher markiert, sondern ist der Grund für Ps Unwissen. Diesen Grund bezieht sie aus ihrem Privatleben. Sie argumentiert, dass das

vom Therapeuten erfragte Wissen ihr nicht zur Verfügung steht, weil es in den Wissensbereich ihrer Mutter fällt. Diese habe ihr darüber nie Auskunft gegeben. Im Sinne des oben erläuterten epistemischen Blocks behauptet sie in einem ersten Schritt tatsächliches Unwissen und begründet dieses dann mit Privatwissen, auf das sie aufgrund ihres epistemischen Status alleinigen Zugriff hat. So entgeht sie der Antwortverpflichtung und blockiert die Frage des Therapeuten. Dass sie deshalb nicht antworten kann, bekräftigt sie vier (!) weitere Male: Direkt im Anschluss in Zeile 20 mit 'des kann ich jetzt gar nich sagen ob [die da]', dann – immer noch im Anschluss an ihren Turn mit einem zweiten (hier turnmedialen) 'nee (0.34) des weiß ich ni[ch]' (Z22). Nach einer längeren, durch erneutes Schnalzen unterbrochenen Verzögerung (Z24) wiederholt sie 'ich kanns n[ich sagen ob die mi]' und zuletzt schließt sie mit 'muss [ich passe]n' in Zeile 26. Es wird sehr deutlich, dass die Patientin hier nicht antworten möchte und Widerstand gegen die Frage des Therapeuten leistet. Sie beruft sich dafür auf ihr in Zeile 17 erklärtes und in Zeile 19 begründetes Unwissen. Es ist dabei durchaus möglich, dass sie nie mit ihrer Mutter darüber gesprochen hat, ob diese wegen ihrer Erkrankung besondere Erwartungen ihr gegenüber hegt. Als Grund für das vollkommene Abblocken der Patientin wirkt es allerdings schwach und nicht hinreichend. Mit seinem 'irgendwie' in Zeile 10, den darauf folgenden Beispielen und dem fragebeendenden 'oder' (Z11) hatte der Therapeut auch spekulative Reaktionen als mögliche Antworten relevant gesetzt. Die Möglichkeit, eine von den Aussagen der Mutter unabhängige, eigene Einschätzung zum Thema abzugeben, nimmt die Patientin allerdings nicht wahr. Die rückmeldenden, oft in Überschneidung geäußerten 'm hm' des Therapeuten in den Zeilen 18, 21, 23, 25 bewirken zwar vorerst, dass die Patientin ihren Turn fortsetzt. Zu einer präferierten Antwort auf die Frage des Therapeuten kommt es nach Zeile 26 allerdings nicht mehr. Die Patientin geht nicht weiter darauf ein (Z28-30). Im Anschluss lässt T das Thema *Erwartungen der Mutter* deshalb fallen und kehrt zu *Vorwürfe der Mutter* zurück. Dazu hatte sich die Patientin bereits am Anfang emotional und ausführlich geäußert (vgl. 'is ja völliher blödsinn ne / [aber trotzdem tuts weh]' in Zeile 7). Der Therapeut bezieht sich mit 'man sagt ja (0.43) / eine mutter schenkt ihrem (.) kind das leben' (Z31/32) auf einen Allgemeinplatz aus dem Bereich Weltwissen, den P bestätigen kann (Z33). Er problematisiert diesen in Zeilen 34 und 35 mit 'aber wenn da so vorwürfe drin / is eigentlich kein richtiges geschen[k irgendwie]'. Auch hier stimmt P umgehend, noch während T spricht, zu (Z36) und beginnt ab Zeile 38 mit 'also ich hab mich immer ungewünscht gefühlt' über die negativen Konsequenzen der Vorwürfe der Mutter zu berichten. Mit ihrem *epistemischen Block* weicht sie

also einem bestimmten Thema aus und leistet dort vehement Widerstand. Ähnlich wie bei Beispiel 3 der alleinstehenden IWN ist sie nach dem Themenwechsel des Therapeuten wieder zur Kooperation bereit.

Der Ausschnitt zeigt, wie ein turneinleitendes IWN als epistemischer Block verwendet werden kann. Es ist hier kein Downgrade des Folgenden, kein K- wie bei einer *epistemic hedge*, sondern ein aus dem in Privatsachen hohen epistemischen Status der Patientin begründetes Abblocken einer Frage des Therapeuten. Die Patientin behauptet, 'passen zu müssen', weil sie die Antwort nicht kennt, weil sie ihrer Mutter eine im Zusammenhang entscheidende Frage nie gestellt hat. Ihr so begründetes Unwissen betont sie im Anschluss wiederholt. Ihr Verhalten ist darüber hinaus unkooperativ, da sie mit dieser Argumentation auch jede persönliche Einschätzung zum Thema *Erwartungen der Mutter* verweigert. Ihr turninitiales IWN spielt hier als Widerstandspraktik eine Rolle, weil es von der Patientin als un plausible Begründung verwendet wird, einer Antwortverpflichtung zu entgehen.

Beispiel: Epistemischer Block – Erinnerungsschwierigkeiten

Ein weiterer kurzer Ausschnitt soll die Funktion eines turneinleitenden IWN als epistemischer Block mit einem anderen strategischen Schwerpunkt veranschaulichen. Aus Platzgründen wird auf eine ausführliche Analyse verzichtet. Hier stützt die Patientin ihr Unwissen nicht wie oben darauf, dass eine Dritte Person das entscheidende Wissen besitzt, sondern argumentiert damit, sich nicht an die Antwort erinnern zu können. Muntigl und Choi haben Nicht-Erinnern als Widerstandspraktik in der Paartherapie bereits analysiert (2010, S. 345). Hier wird gezeigt, dass es auch in psychotherapeutischen Einzelgesprächen von Bedeutung ist.

Die Patientin erzählt im Vorfeld davon, dass sie ihrer Familie gegenüber immer Schuldgefühle hatte und bis heute hat. Sie fand es schlecht, dass sie als Kind auf sehr viel Hilfe (z.B. Sprachtherapie) angewiesen war, weil sie ihrer Meinung nach dadurch zur Last für ihre Familie wurde. Wie sie zu dieser Haltung kam, kann sie nicht (mehr) erklären:

Ausschnitt 9: T3-2 1:02:05

- 1 [aber wie sind sie innerlich]
2 P [(war auch)]
3 T darauf gekommen dass das (.) nich gut is
4 (0.93)
5 P **ich weiß es nich** des kam einfach so (.) ich w
6 [eiß]
7 T [hm]
8 P (.) des is schon so lange her ich weiß es wirklich nich
9 (1.89)
10 P is ja schon lange so
11 (0.52)
12 T is des des was ihnen gesagt wurde oder is des was sie ver
13 [mutet haben]

Die Patientin bedient sich eines initialen IWN als epistemischer Block, als der Therapeut sie nach dem Grund dafür fragt, warum sie ihre Sprachtherapie so negativ bewertet. Mit 'des kam einfach so' (Z5) bestärkt sie ihre epistemische Autorität bezüglich ihrer eigenen Gefühle. Auch mit 'des is schon so lange her ich weiß es wirklich nich' (Z8) und 'is ja schon lange so' (Z10) betont sie ihren Unwissensanspruch und begründet ihn diesmal damit, sich nicht erinnern zu können. Wie davor hätte sie hier die Möglichkeit, Vermutungen anzustellen oder Teilwissen anzubieten. Anstelle dessen bleibt sie bei ihrem Nichtwissen und leistet so gegen die Frage des Therapeuten Widerstand. Dieser reagiert mit einer präziseren Frage (Z12), die zeigt, dass er auf Seiten der Patientin mehr Wissen vermutet als sie mit ihrem epistemischen Block vorgibt.

Beispiel: Epistemischer Block – Kognitiver Prozess

Ein in Hinblick auf die therapeutische Arbeit besonders interessanter epistemischer Block soll anhand des nächsten Beispiels beschrieben werden. Der Patient vermeidet eine Antwortverpflichtung hier weder dadurch, dass er das erfrage Wissen einer dritten Person zuordnet, noch argumentiert er, sich an etwas nicht erinnern zu können. Als Grund dafür, keine Antwort geben zu können, nennt er, dass er das Entscheidende *noch* nicht weiß, dass an der Antwort also gerade psychotherapeutisch gearbeitet wird. Er vermeidet so, eine optimistische Antwort auf eine polare Frage nach Selbstreflexion zu geben und fokussiert stattdessen auf aktuelle Schwierigkeiten. Das initiale IWN ist hier aber mehr als ein epistemischer Block. Es kann zusätzlich als Mittel zur Relevantsetzung eines Problems und zur Mitgestaltung der Therapie verstanden werden.

Vor dem hier analysierten Ausschnitt berichtet der Patient, dass er sich oft fremdbestimmt verhalten und sich von Lehrern, Eltern und Berufsberatern von seinen eigentlichen Zielen abbringen lassen hat. Er ist momentan arbeitslos und kämpft noch immer mit diesen Problemen. Auf die Frage, ob sich seine Fremdbestimmung 'jetzt reparieren' ließe, antwortet er mit einem initialen IWN. Dieses ist epistemischer Block und mehr:

Ausschnitt 10: T2-1 0:26:17

- 1 T kann mans denn jetzt reparieren
2 (0.47)
3 P °hhh **weiß ich noch nich**
4 [das is jetzt]
5 T [mhm]
6 P das thema das gerade ansteht auch
7 T m hm
8 (1.19)
9 P was mach ich also °hhh (.) öhm (0.73)
10 so berufliche orientierung oder neuorientierung is [jetz (.)]
11 T [mhm]
12 P gerade auch weil äh also ich hatte ja die letzten monate
13 (.) mh und jahre teilweise gar keine perspektive mehr
14 T mhm
15 P ((schnalzt)) und das is auch (.) öhm (0.67)
16 für mich mittlerweile n sehr schwieriges
17 (0.26) thema ich trau mich kaum ran teilweise aber
18 [es is]
19 T [mhm]
20 P sehr wichtig
21 T mhm
22 (1.37)
23 P °hhh
24 T °h gibt es zeitdruck °h oder ham sie
25 (0.48)
26 T viel zeit

Mit 'kann mans denn jetzt reparieren' (Z1) stellt der Therapeut eine Ja/Nein-Frage, die typischerweise auf Zustimmung polarisiert ist. Diese setzt so eine positive Prognose zur Behandlung der Fremdbestimmung des Patienten als präferierte Antwort relevant. Dass besonders optimistische Fragen oft auf Widerstand stoßen, hat bereits MacMartin (2008) festgestellt. Auch im vorliegenden Fall reagiert der Patient nicht bevorzugt: Er antwortet nach kurzer Pause (Z2) und langem Einatmen (Z3) mit 'weiß ich noch nich'. Damit stellt P einen Unwissensanspruch, den der daraufhin mit '[das is jetzt] / das thema das gerade ansteht auch' (Z4/6) begründet und untermauert. Sein initiales IWN funktioniert also wie oben analysiert als

epistemischer Block. Die Antwort kann nicht gegeben werden, weil der Patient das Wissen aus privaten Gründen nicht besitzt. Auffällig ist hier jedoch der Partikel 'noch': Er macht deutlich, dass der Wissensstatus des Patienten nur temporär nicht ausreicht, um die Frage zu beantworten und stellt eine Änderung in Aussicht. Ps 'jetzt' (Z4) und 'gerade' (Z5) verweisen auf einen momentan ablaufenden Prozess. Wie in den vorherigen Beispielen argumentiert der Patient also von seinem epistemischen Status aus. Im Gegensatz vorher ist dieser diesmal allerdings direkt mit der psychotherapeutischen Arbeit verknüpft: Er weiß noch nicht, ob seine Fremdbestimmtheit sich reparieren lässt, weil er gerade erst dabei ist, das durch die Therapie herauszufinden. Der Patient bringt sein Unwissen so an, um eine optimistische Antwort zu vermeiden und markiert es gleichzeitig als Gegenstand der Therapie. In Zeile 7 reagiert T darauf lediglich mit einem 'm hm', so dass eine weitere Erklärung Ps relevant wird. Dieser reagiert nach längerer Pause in Zeile 9 zögerlich mit 'was mach ich also', was mehr Ankündigung einer Antwort als Antwort per se ist. Durch langes Einatmen, 'öhm' und weitere Pause schiebt er eine solche weiter auf. Das alles spricht dafür, dass sein IWN hier trotz des Therapiebezuges als Widerstandsmittel und epistemischer Block der Antwortverpflichtung verwendet wird. Auch als er in Zeile 10 doch ausführlicher Auskunft gibt, beantwortet er die Frage 'kann mans denn jetzt reparieren' nicht mehr präferiert oder typ-konform mit einer Einschätzung in dieser Richtung. Er nutzt seine Folgebeiträge vielmehr dazu, die Relevanz und Problematik des Themas zu unterstreichen. Das Thema Überwindung von Fremdbestimmung und Reparatur der beruflichen Situation ist mit viel Leidensdruck verbunden, was er mit 'ich hatte ja die letzten monate / (.) mh und jahre teilweise gar keine perspektive mehr' (Z12/13) herausstellt. Die Arbeit daran bereitet ihm große Schwierigkeiten (Z16). Sein 'ich traue mich kaum ran teilweise' (Z17) verdeutlicht das nochmal. Dennoch ist das Thema dem Patienten 'sehr wichtig' (Z20). Durch die erwähnten Schwierigkeiten stützt P sein in Zeile 3 behauptetes Unwissen. Indem er die große Bedeutung der Angelegenheit betont signalisiert er gleichzeitig Bearbeitungswillen und Kooperationsbereitschaft. Mit 'oh gibt es zeitdruck oh oder ham sie (0.48) viel zeit' in Zeilen 24-26 setzt der Therapeut die Bearbeitung des Themas dann aus einer temporalen Perspektive fort.

Der hier vorgestellte epistemische Block hat also zwei Aufgaben: Eine Antwort vermeiden und ein Thema therapeutisch relevant setzen. Das Unwissen des Patienten wird erneut aus seinem hohen epistemischen Status heraus als Widerstandsmittel ins Spiel gebracht. Das initiale IWN vermeidet eine typ-konforme oder präferierte Antwort auf die optimistische The-

rapeutenfrage. Anders als bei den ersten beiden Beispielen zum epistemischen Block ist der Wissensstatus des Patienten hier allerdings nicht statisch, sondern kann und soll sich im Therapieverlauf verändern. Eine Antwort wird so einerseits immer noch blockiert, andererseits enthält das initiale IWN des Patienten auch den Wunsch und die Aufgabe, eine Antwort zu finden. Es ist hier klar als Mittel zum Widerstand zu verstehen, geht in der Relevantmachung eines bestimmten Themenbereichs allerdings darüber hinaus. An einem weiteren Beispiel soll diese Mechanik noch einmal veranschaulicht werden.

Beispiel: Epistemischer Block – Problemmarkierung

In einem letzten Beispiel zu initialen IWN als epistemischer Block soll die Bedeutung ebendieser als Mittel zur Problemmarkierung noch einmal herausgestellt werden. Diese tritt hier besonders in den Vordergrund und wird aufgrund ihrer großen Bedeutung für die Therapieplanung noch einmal separat betrachtet. Aus Platzgründen wird auf eine ausführliche Analyse verzichtet. Die Funktionsweise des initialen IWN lässt sich anhand der wichtigsten Turns hinreichend skizzieren.

Im Vorlauf ist die Antriebslosigkeit des Patienten Thema, der an vielen Dingen trotz anfänglicher Begeisterung schnell die Lust verliert. Nach einer Erklärung gefragt, bedient er sich eines initialen IWN als epistemischer Block, das daraufhin in eine ausführliche Problemschilderung mündet:

Ausschnitt 11: T1-4 0:42:35

- 1 T ((atmet ein; ca. 1,29s)) ham sie für sich ne hh°
- 2 (.) ne erklärung wie das so (.) °hhh
- 3 (0.41)
- 4 T kommt dass sie h°
- 5 (0.52)
- 6 T dass sie nach ner gewissen zeit (0.3)
- 7 T bei manchen dingen die sie ja mit interesse und neugierde anfangen
- 8 (0.32)
- 9 T °hh dann die lust verlässt °h (0.28)
- 10 T °h oder sind des auch bestimmte dinge wo sie des merken
- 11 wenn das passiert dann °hh hh°
- 12 P das ist ja der punkt **ich weiß es nich** (0.42)
- 13 P ich (.) hab[keinen anhalt]spunkt da ich weiß es nur °h ((schnieft))
- 14 T [hmhm]
- 15 (1.59)
- 16 P es is (.) irgendwann mal der punkt wo_s mir kein
- 18 [en spaß]
- 19 T [hmhm]
- 20 P mehr macht °h dann quäle ich mich
- 21 T (.) ja
- 22 P dahin °h und irgendwann mal is der punkt wo (.) ich absolut (.)

23 keine lust keine kraft gar nichts mehr habe ich komm dann morgens
 24 nicht aus_m bett oder sonst irgend[was o]
 25 T [ja]
 26 der °h mir geht_s wirklich dann auch körperlich schlecht

Von Zeile 1 bis 11 fragt der Therapeut mittels zweier W-Fragen sehr aufwendig nach einer Erklärung für Ps Motivationsprobleme. Angelehnt an Macks (et al., 2016, S. 86) Fragentypologisierung kann hier von einer kollaborativen Erklärungsfindungsfrage gesprochen werden, mit der ein Problem gemeinsam bearbeitet wird. Der Patient reagiert in Zeile 12 mit 'das ist ja der punkt ich weiß es nich' mit einem epistemischen Block, dispräferiert und nicht typkonform. Das 'das ist ja der punkt', sowie 'ich hab [keinen anhalt]spunkt' (Z13) verleihen einerseits seinem Unwissensanspruch Nachdruck. Gleichzeitig zeigt P damit an, dass seine Ahnungslosigkeit in dieser Hinsicht ein großes Problem darstellt. Mit 'ich weiß es nur °h' (Z13) beginnt er eine Liste an Symptomen, die in der gemeinsamen Forschung nach einer Ursache seiner Motivationslosigkeit als Indizien eine Rolle spielen könnten. Diese setzt er auch über den hier gezeigten Ausschnitt hin fort und zeigt damit hohe Kooperationsbereitschaft. Er gibt mit epistemischer Begründung keine Erklärung zum relevant gesetzten Thema ab, bestätigt aber die Wichtigkeit desselben und ist in der Folge bereit, so gut wie möglich zu antworten. In diesem Fall funktioniert das IWN also nicht nur und auch nicht vornehmlich zum Blockieren einer Antwort, sondern markiert ein Problem des Patienten, das im Therapieverlauf weiter besprochen werden muss.

7.2.4. Zusammenfassung initiale IWN

Mit 35,8% (53 Fälle) stellen turninitiale IWN nach turnmedialen Verwendungen die zweitgrößte Gruppe dar. Sie folgen meistens auf polare Ja/Nein-Fragen und W-Fragen zum Thema Selbstreflexion oder Privatleben. Ihre vergleichsweise hohe Popularität erklärt sich dadurch, dass sie trotz ihrer dispräferierten Natur vor typkonformen, präferierten, oder zumindest kooperativen Antworten stehen können. Unter dem Punkt *Turninitiale IWN ohne Widerstandsfunktion* wurden dafür zwei Beispiele besprochen: Initiale IWN als epistemic hedge und Initiale IWN als pragmatischer Marker vor präferierter Antwort. Im ersten Ausschnitt markiert der Patient seine prinzipiell kooperative Antwort mithilfe eines IWN als Vermutung, für die er keine Garantie übernehmen will. Im zweiten Fall leitet es eine längere Antwort ein, über deren Präferiertheit sich der Patient nicht sicher ist. Er geht dennoch ausführlich auf die Frage ein und erfüllt den Frageauftrag angemessen. Eine deutlich widerständigere Variante eines turninitialen IWN wurde unter der Überschrift *Initiale IWN als Einleitung zu ausweichender*

Antwort diskutiert: Hier folgt auf ein pragmatisches IWN eine verallgemeinernde Antwort, mit der der Patient der Frage des Therapeuten ausweicht. Sein initiales IWN ist implizites Mittel zum Widerstand: Er umgeht eine Antwort, ohne die Frage offen zurückzuweisen. Ausführlich wurde die Funktion *Initiale IWN als epistemischer Block* analysiert. Patienten behaupten hier Unwissen und verteidigen dieses argumentativ mithilfe des hohen epistemischen Status, den sie über ihre Gefühle, Gedanken und Erlebnisse besitzen. Ein epistemischer Block eignet sich aus diesem Grund gut dafür, Fragen oder Themen unbearbeitet zu lassen und Widerstand zu leisten. Ein Beispiel, in dem die Patientin mit dem Verweis auf das *Wissen Dritter* einer Frage aus dem Weg geht, wurde besprochen. In einem anderen Fall werden *Erinnerungsschwierigkeiten* mobilisiert, um einem Thema aus dem Weg zu gehen. Abschließend wurden zwei Ausschnitte vorgestellt, in denen ein epistemischer Block zusätzliche Implikationen für die Therapieplanung enthält. Ein Patient begründet sein Unwissen mit einem momentan ablaufenden *kognitivem Prozess* und widersteht damit nicht nur einer Antwortverpflichtung, sondern markiert auch ein für die weitere Behandlung wichtiges Themenfeld. Ähnlich verhält es sich mit einem anderen epistemischen Block, den der Patient zur *Problemmarkierung* nutzt und sein Unwissen so als bearbeitungsbedürftig kennzeichnet. In den letzten beiden Fällen tritt die Funktion des epistemischen *Blocks* als Mittel zum Widerstand in den Hintergrund.

Es zeigt sich, dass turninitiale IWN auch in psychotherapeutischen Gesprächen verschiedene Aufgaben übernehmen können. Als *epistemic hedge* oder pragmatischer Marker kommt ihnen eine geringe Bedeutung als Widerstandspraktik zu. Als Überleitung zu einer ausweichenden Antwort ermöglichen sie dagegen impliziten Widerstand gegen Therapeutenfragen und als epistemischer Block setzen sie den Wissensstatus des Patienten argumentativ ein. Bevor die Arbeit mit einer Sammlung der Ergebnisse und einem Ausblick auf zukünftige Forschungsfragen schließt, sollen kurz auch Tendenzen von turnmedialen und turnfinalen IWN besprochen werden.

7.3. Anriss zu turnmedialen und -finalen IWN

Da sich diese Arbeit auf die Untersuchung von Widerständigkeit bei reaktiven, d.h. bei alleinstehenden oder turneinleitenden IWN konzentriert, kann auf die Analyse der beiden verbleibenden Varianten nicht in der gleichen Ausführlichkeit eingegangen werden. Die während der Untersuchung der anderen quasi en passant gesammelten Erkenntnisse zu medialen und finalen IWN sollen trotzdem kurz vorgestellt werden. Für zukünftige Studien zu *Ich-weiß-*

nicht-Konstruktionen im psychotherapeutischen Gespräch kann so ein erster Schritt auch in diese Richtung gegangen werden. Zu beiden Varianten wird im Folgenden zuerst ein allgemeiner Überblick über Auftreten und Eigenschaften gegeben, um im Anschluss jeweils ein Beispiel zur typischen Verwendung der IWN zu geben.

7.3.1. Turnmediale IWN zur Problemmarkierung

Mit 40,5% (60 Fälle) sind turnmediale IWN am häufigsten in den Daten vertreten und schon deshalb einen Blick wert. Viele der oben besprochenen Funktionen finden sich auch in dieser Gruppe IWN wieder. So verhalten sich turnmediale Varianten beispielsweise den turninitialen ähnlich, wenn sie sich projektiv auf eine folgende Aussage beziehen. Als Praktik für Widerstand spielen sie aufgrund ihrer Position nur selten eine Rolle. Oft funktionieren sie nicht als Reaktion auf den vorangegangenen Turn des Therapeuten, sondern beziehen sich als *epistemic hedge* oder pragmatischer Marker auf Elemente innerhalb der Patientenäußerung. Patienten markieren ihre Formulierungen als unsicher oder zeigen Schwierigkeiten bei der Selbsteinschätzung an. Markierung von Unsicherheit kann, wie unter 7.2.1. besprochen, ein möglicher Anker für zukünftigen Widerstand sein. Gleichzeitig ist es – ähnlich wie bei den letzten Fällen des epistemischen Block – für die Therapie sehr wichtig, wo bei Patienten Unklarheit besteht. Anhand eines kurzen Beispiels soll die Rolle turnmedialer IWN zur Anzeige von Schwierigkeiten bei der Selbstreflexion veranschaulicht werden.

Nach seinem Verhalten in der Kindheit gefragt, beschreibt der Patient im Folgenden zwei im Konflikt stehende Tendenzen. Das turnmediale IWN zeigt an, dass in dieser Hinsicht auch von Patientenseite Klärungs- und Bearbeitungsbedarf besteht:

Ausschnitt 12: T3-1 0:35:07

```

1  P ich hab (.) da schon (.) so (.)
2    zeit ich mich zurückerinnern kann wo ich irgendwie immer °hhh
3    (0.33) ja (0.3) zu hause viel (0.24) radau gemacht
4  P so um die aufmerksamkeit von meim vater z[u(.) bek]
5  T                                     [hm          ]
6  P ommen weiß ich jetzt im nachhinein damals [wusst ich_s n]
7  T                                     [hm          ]
8  P et
9  T ((schmatzt)) wie ham sie_s damals erlebt?
10 (1.92)
11 P hm dass es ich permanent irgendwie aufgekratzt bin oder hyperaktiv
12 oder so: [wobei de]
13 T [hm_hm ]
14 P s: wobei ich nich weiß ob des:
15 ob man des so nennen kann weil °h (0.23) auswärts war ich ganz anders
16 P [da war ich im]

```

17 T [hm_hm]

18 P mer in mich gekehrt un hab meinen bruder vorgeschickt da [er]

Der Patient berichtet eingangs davon, als Kind viel 'radau gemacht' (Z3) zu haben, um von seinem Vater Aufmerksamkeit zu bekommen. Eine genauere Einschätzung dazu, wie er seine Situation damals erlebt hat, fällt ihm allerdings schwer. In 'irgendwie aufgekratzt bin oder hyperaktiv / oder so:' (Z11/12) kündigt sich, besonders durch 'irgendwie' und 'oder so:' – bereits eine Beschreibungsschwierigkeit an. Mit 'wobei ich nich weiß ob des: / ob man des so nennen kann' (Z13/14) wird diese explizit. Mit 'weil °h (023) auswärts war ich ganz anders' (Z15) begründet P diese Unsicherheit. Sein turnmediales IWN hat hier eine epistemische Bedeutung: Er kann sein Verhalten in der Kindheit nicht kohärent erklären. Es handelt sich dabei weniger um eine *epistemic hedge*, denn inhaltlich ist er sich sicher. Das 'wobei ich nich weiß' zeigt an, was er über sich selbst nicht versteht und was deshalb in der Therapie noch aufgearbeitet werden muss. Seine Antwort ist dabei nicht widerständig, der Patient beschreibt sein Erleben so gut er kann und macht deutlich, wo er bei der Selbstreflexion auf Konflikte stößt.

Eine Untersuchung turnmedialer IWN aus dieser Perspektive, eventuell zusammen mit anderen Praktiken der Problemmarkierung, könnte für die Gesprächsforschung und die psychotherapeutische Praxis interessante Ergebnisse hervorbringen.

7.3.2. Turnfinale IWN zum Themenabschluss

Turnfinale IWN sind mit 22 Fällen und ca. 14,8% zwar nicht so verbreitet wie turnmediale Varianten, spielen aber in den Daten immer noch eine größere Rolle als alleinstehende IWN. Auch sie reagieren häufig nicht direkt auf den vorhergehenden Turn des Therapeuten, sondern sind retrospektiv auf die Aussage des Patienten ausgerichtet. Häufig funktionieren sie dann als nachträgliche *epistemic hedge* und markieren inhaltliche Unsicherheit oder sie drücken pragmatische aus, dass Patienten sich z.B. über die Präferiertheit ihrer Aussage am Ende nicht mehr ganz sicher sind. Auch als Praktik des Widerstands können turnfinale IWN durchaus eine Rolle spielen.

Ein kurzes Beispiel soll zeigen, wie eine Patientin mithilfe eines turnfinalen IWN eine Antwort auf eine Frage ablehnt. Es funktioniert hier wie unter 5.2. besprochen als Mittel zur Themenbeendigung. Nach Umständen ihrer Trennung gefragt, verleiht sie ihrer Unfähigkeit, eine Antwort zu geben, mit einem finalen 'ich weiß es nich' Nachdruck:

Ausschnitt 13: T3-2 0:05:36

1 T °h is des leichter für sie
2 (0.83)
3 T so (.) dass sie (0.47)
4 T der eindruck is dass der vater (fehler macht)
5 als wenn der einfach so gegangen wäre
6 P °hh hh° äh (.) ich sag mal wir hätten ähm war eigentlich so
7 (0.86)
8 P ich weiß (.) ich kann den nicht mehr einschätzen
9 T hm_h [m]
10 P [a]
11 ber ich hab eigentlich des ganze ein wie ich ihn eingeschätzt hab
12 oder_n bisschen geglaubt hab ihn zu kennen °h is alles [verlorn]
13 T [hm_hm]
14 P also i [ch kenn da]
15 T [hm]
16 P (.) gar nix mehr °h
17 (1.03)
18 P **ich weiß es nich**
19 T wie is_enn das generell so bei ihnen (.)
20 also ham sie den eindruck dass sie °h
21 (0.41)
22 T normalerweise richtig liegen in der einschätzung anderer menschen
23 oder ham_sie manchmal das gefühl dass sie_s gar nich °h
24 P ich lieg nur noch falsch

Im Vorlauf erwähnt die Patientin, dass der Vater ihres Ex-Freundes seinen Sohn zur Trennung überredet hat. T fragt in den Zeilen 1-5, ob es für sie leichter wäre, im Vater ihres Ex den Schuldigen an der Trennung zu sehen. Zögerlich setzt die Patientin mit 'ich sag mal wir hätten ähm war eigentlich so' (Z6) zu einer Antwort an, nach Pause (Z7) blockt sie mit 'ich weiß (.) ich kann den nicht mehr einschätzen' (Z8) allerdings ab. Vermutlich wollte sie hier ein initiales IWN im Sinne eines epistemischen Blocks verwenden, bricht dieses allerdings ab und formuliert um. Auf den Aspekt 'ist das leichter für sie' (Z1) der Therapeutenfrage geht sie nicht ein. Sie konzentriert sich auf das Verhalten ihres Ex und argumentiert mit Unwissen: Eine Antwort kann sie nicht geben, weil sie 'alles [verlorn]' (Z12) hat, was sie dachte zu wissen. Ihr 'i[ch kenn da] / (.) gar nix mehr' (Z14/16) unterstreicht Ps Unfähigkeit zu antworten. Ein letztes Mal betont sie ihr Unwissen nach einer Pause (Z17) in Zeile 18 mit einem turnfinalen 'ich weiß es nich'. Es bildet Zusammenfassung und Höhepunkt eines ausführlich argumentierten Widerstands. Der Therapeut behilft sich daraufhin mit einer allgemeiner gestellten Frage.

Die Patientin leistet gegen die vom Therapeuten gestellten Frage von Anfang an mit einer epistemischen Argumentation Widerstand. Durch ihr finales 'ich weiß es nich' gelingt es

ihr, das Thema schließlich erfolgreich zu beenden. Turnfinale IWN können im psychotherapeutischen Gespräch also eine Rolle als Widerstandspraktik spielen. In welchem Ausmaß sie das tun, welche Varianten dabei eine hervorgehobene Rolle spielen und wie Therapeuten auf diese Art von Widerstand reagieren, ist für die zukünftige Forschung interessant.

Subsumierend lässt sich über turnmediale und -finale IWN Folgendes festhalten: Turnmediale Verwendungen von IWN haben als Praktik des Widerstands keine große Bedeutung, können als Marker von Benennungs- oder Selbstreflexionsschwierigkeiten für das psychotherapeutische Gespräch interessant sein. Turnfinale IWN haben als Praktik zum Themenabschluss durchaus widerständiges Potential und werden von Patienten verwendet, um die Kooperation im Bezug auf einen bestimmten Gesprächsgegenstand nachdrücklich zu verweigern. Mit der Vorstellung beispielhafter Verwendungsformen der letzten beiden IWN-Varianten endet an dieser Stelle der Analyseteil dieser Arbeit. Die über *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen als Widerstandspraxis im Therapiegespräch gewonnenen Erkenntnisse werden im Folgenden noch einmal gesammelt und kontextualisiert.

8. Ergebnisse

Die Analyse wurde von der Frage geleitet, inwieweit reaktive, d.h. alleinstehende und turninitiale *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen im psychotherapeutischen Gespräch für Patientenwiderstand genutzt werden. Für beide Varianten ließen sich dabei widerständige Verwendungsmuster bestimmen. Gleichmaßen konnten sowohl für alleinstehende als auch für initiale IWN Funktionsformen identifiziert werden, die nur geringen oder überhaupt keinen Widerstand ausdrücken. Zur Beschreibung der verschiedenen Funktionstypen waren Erkenntnisse aus früheren Untersuchungen zu Widerstand in der Psychotherapie ebenso entscheidend wie Studien von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen im allgemeinsprachlichen Kontext. In der Analyse der einzelnen Gesprächsausschnitte wurde außerdem auf die besprochenen Konzepte zu Typ-Konformität, Präferenz und Epistemik sowie die in Kapitel 6.1. vorgestellten methodischen Werkzeuge der Sequenzanalyse zurückgegriffen. Die so gewonnenen Ergebnisse zu alleinstehenden und turninitialen IWN sollen nun abschließend präsentiert werden. Zusammen mit den Skizzen zu turnmedialen und -finalen IWN werden sie daraufhin in einem Fazit und Ausblick in den größeren Forschungskontext eingeordnet.

Alleinstehende IWN waren in den Daten mit nur 12 der insgesamt 148 IWN am seltensten vertreten und erwiesen sich im Zuge der Analyse als widerständigste Variante aller untersuchter *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen. Sie stellen immer eine nicht typ-konforme, dispräferierte Antwort dar. Gerade weil sie isoliert stehen können diese Eigenschaften nicht durch vorausgehende oder folgende Aussagen relativiert werden. Patienten verwenden alleinstehende IWN hauptsächlich nach Fragen zu Selbsteinschätzung, Privatleben oder Vergangenheit. Als W- oder Entscheidungsfragen sind sie oft stark polarisiert und enthalten Präsuppositionen, die die Patienten ablehnen. Vier Verwendungsformen alleinstehender IWN wurden analysiert und nach aufsteigendem Widerstandspotential sortiert. (1) *Alleinstehende IWN zur Markierung epistemischer Schwierigkeiten* stellen einen Unwissens-Display dar und führen im analysierten Ausschnitt zu starker Gesprächsverzögerung. Der Patient kann sein Unwissen allerdings nachdenkend überwinden und zeigt sich im Anschluss kooperativ, so dass sein IWN als Anzeichen tatsächlichen Unwissens und nicht als bewusst widerständig zu werten ist. (2) *Unter Alleinstehende IWN als Widerstand gegen Therapeutenformulierung* richten sich Patientenwiderstand gezielt gegen einen Begriff des Therapeuten. Die Patientin kooperiert allerdings bereitwillig mit dem übergeordneten Thema, nachdem sie diesen aus dem Weg geräumt hat. Anders sieht es bei (3) *Alleinstehenden IWN zur Vermeidung eines Themas* aus: Die Pati-

entin widersteht hier einer Frage, markiert sie als irrelevant und zeigt sich erst wieder kooperativ, als der Therapeut das Thema wechselt. (4) *Alleinstehende IWN als Indikator für verfestigten Widerstand* gehen noch einen Schritt weiter. Trotz Hilfestellung und zahlreicher Nachfragen des Therapeuten blockt die Patientin hier komplett ab und zeigt eine eventuell auch psychologisch bedingte Unfähigkeit, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass alleinstehende IWN in den allermeisten Fällen widerständig sind, dies allerdings in unterschiedlichem Grade. Bis auf Ausschnitt 1 haben alle einen pragmatischen Funktionsschwerpunkt und drücken so Ablehnung, Irrelevanz oder Verweigerung aus.

Turninitiale IWN stellen mit einem Anteil von 53/148 nach turnmedialen IWN (60 Fälle) die zweitgrößte Gruppe in den Daten dar. Sie treten auf unterschiedliche Weise als Widerstandspraktik auf, allerdings nicht im gleichen Ausmaß wie alleinstehende IWN. Oft wird ihr nicht-typkonformer und dispräferierter Charakter durch die folgende Antwort partiell oder komplett aufgehoben, was sie weniger unkooperativ macht und wahrscheinlich ihre höhere Popularität erklärt. Initiale IWN folgen meistens auf polarisierte Entscheidungs- und W-Fragen zu Selbstreflexion und Privatleben. Therapeutenpräsuppositionen sind weniger prominent als bei alleinstehenden IWN. Wieder wurde versucht, die analysierten Ausschnitte aufsteigend nach Widerständigkeit zu ordnen. Unter (1) *Initiale IWN in nicht widerständigen Funktionen* wurde je ein Beispiel zu einer Verwendung als *epistemic hedge* und als pragmatischer Marker vorgestellt, in der Patienten ihre Aussage als Vermutung oder möglicherweise ungenügend markieren, aber dennoch kooperativ antworten. Als (2) *Intiale IWN als Einleitung zu ausweichender Antwort* wurde ein Ausschnitt analysiert, in dem der Patient nach einem IWN mit pragmatischer Marker Funktion eine verallgemeinernde, dispräferierte Antwort gibt und so von der Frage ablenkt. So leistet er implizit Widerstand, ohne direkt Einspruch erheben zu müssen. Anhand von insgesamt vier Ausschnitten wurden (3) *Initiale IWN als epistemischer Block* besprochen. Patienten stellen dabei mit einem Unwissens-Display einen Unwissensanspruch, den sie mit ihrem hohen epistemischen Status in Privatsachen untermauern. Sie blockieren so eine Frage und lehnen eine Antwortverpflichtung ab. Da die epistemische Argumentation dabei oft nicht hinreichend plausibel ist, sind epistemische Blocks als Widerstandspraktik relevant. Eine weitere Dimension kommt allerdings hinzu, wenn Patienten ihren Unwissensanspruch mit noch nicht abgeschlossenen kognitiven Prozessen begründen oder ihr Unwissen im Zuge des epistemischen Blocks als problematisch thematisieren. Dann leisten

Patienten nicht nur Widerstand, sondern markieren auch bestimmte Themen für die weitere Therapie als relevant. Es kann festgehalten werden, dass turninitiale IWN im psychotherapeutischen Gespräch eine Vielzahl an Funktionen erfüllen. Sie sind dabei nicht im gleichen Maße widerständig wie alleinstehende IWN. Epistemische oder pragmatische Marker, genauso wie das Problematisieren von Unwissen erfüllen interaktional andere andere Aufgaben. Als pragmatisches Mittel, um einer Frage auszuweichen, oder als epistemischer Block haben auch turninitiale IWN allerdings eindeutig eine Bedeutung als kommunikative Praktik des Widerstands.

Da der Fokus der Arbeit auf reaktiven IWN liegt, wurden turnmediale und -finale Varianten nur am Rande und jeweils anhand eines kurzen Beispiels behandelt. Als Widerstandspraktik waren turnmediale IWN in den Gesprächen zu vernachlässigen. Oft wurden sie turnintern für *epistemic hedging* oder als pragmatischer Marker verwendet. Therapierelevant könnte allerdings ihre Funktion zur Markierung von Formulierungs- oder Benennungsproblemen der Patienten sein. Auch turnfinale IWN bezogen sich häufig qualifizierend auf den vorhergehenden Patiententurn. Zur Beendigung eines Themas haben sie aber auch als Widerstandspraktik Relevanz. In einem letzten Kapitel sollen die hier gesammelten Ergebnisse nun in einen größeren Kontext eingeordnet werden. Abschließend wird ein Ausblick auf Fragestellungen gegeben, die für die zukünftige Forschung von besonderem Interesse sind.

9. Fazit und Ausblick

In der Analyse wurde gezeigt, dass reaktive IWN im psychotherapeutischen Gespräch als kommunikative Praktik des Widerstands in Betracht kommen. Gleichwohl sich die Verwendung von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen darin nicht erschöpft, konnten sowohl für alleinstehende, als auch für initiale IWN verschiedene widerständige Funktionsmuster exemplarisch vorgestellt werden. An vielen Stellen bestätigen sich dabei Beobachtungen, die im Bereich Widerstand in der Psychotherapie und auch allgemein zum Thema negative epistemische Konstruktionen bereits gemacht worden sind. Alleinstehende IWN erweisen sich wie bei Hutchby (2002) als Mittel zur Themenvermeidung. Initiale IWN waren als Praktik zum Ausweichen, Verallgemeinern und zur Änderung der Fragenagenda relevant, wie es bereits Falk (2013) besprochen hatte. Dass besonders auf Fragen mit Therapeutenpräsuppositionen Widerstand folgt, erinnert an MacMartins (2008) Beobachtungen zu *optimistic questions*. Ekberg und LeCouters (2015) Widerstandsstrategien beruhen alle auf dem epistemischen Status der Patienten und sind damit mit initialen IWN als epistemischem Block verwandt. Auch die in Kapitel 5 diskutierten, pragmatischen und epistemischen Funktionen von *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen in Alltagsgesprächen ließen sich an vielen auf psychotherapeutische Gespräche übertragen. Die vorgestellten Studien behandeln dabei allerdings oft einen sehr spezifischen Therapiebereich oder thematisieren IWN in anderen Sprachen. Sie gehen entweder auf *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen oder auf Psychotherapie und Widerstand nicht oder nur am Rande ein. In dieser Arbeit wurden diese Konzepte deshalb zusammengeführt und für die Untersuchung reaktiver IWN in deutschen psychotherapeutischen Gesprächen verwendet. So konnte ein hinreichend detaillierter Überblick über die Rolle alleinstehender und initialer IWN als potentielle Widerstandspraktik gegeben werden. Praktizierenden Psychotherapeuten ermöglicht diese Übersicht, die Motivationen ihrer *ich weiß nicht* sagenden Patienten besser einzuschätzen und differenzierter beurteilen zu können, ob und inwiefern sie IWN als Mittel zum kommunikativen Widerstand verwenden. Es ist anzunehmen, dass eine so gestaltete, sprachliche Sensibilisierung auch bei der Ermittlung psychologischen Widerstands eine Hilfestellung sein kann. Für die gesprächsanalytische Forschung ist interessant, wie ein im allgemeinsprachlichen Kontext recht gut erforschtes sprachliches Mittel im psychotherapeutischen Kontext verwendet wird. Einerseits wird eine neue Perspektive auf *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen im allgemeinen gegeben, andererseits trägt die Arbeit damit zu einem tieferen Verständnis widerständigen Verhaltens im Forschungsfeld psychotherapeutische Gespräche geben.

Für zukünftige Studien lassen sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit verschiedene interessante Forschungsfragen ableiten. Zuerst verdienen die beiden hier nur im Ansatz behandelten IWN Varianten, turnmediale und -finale IWN, in der Forschung zu psychotherapeutischen Gesprächen eine größere Aufmerksamkeit. Finale Varianten können dabei in ähnlicher Manier auf ihr Potential als Praktik des Widerstands untersucht werden. Für turnmediale Varianten wäre darüber hinaus ein Fokus auf ihre Funktion zur Problem- oder Schwierigkeitenmarkierung möglich – ein Feld, das nach Wissen des Autors bislang wenig Aufmerksamkeit in der Erforschung von Therapiegesprächen erhalten hat. Auch verwandte Formulierungen wie z.B. *was weiß ich* könnten in diesem Zusammenhang näher untersucht werden. Anstatt den Fokus wie hier geschehen auf das widerständige Verhalten der Patienten zu richten, wäre es außerdem interessant, die Reaktionen der Therapeuten genauer zu betrachten. Welcher Bewältigungsstrategien diese sich angesichts widerständiger Patienten bedienen, und inwieweit diese von Erfolg gekrönt sind, wäre wieder auch für die therapeutische Praxis von großer Relevanz.

Mit der Beschreibung von Patientenwiderstand durch reaktive *Ich-weiß-nicht*-Konstruktionen wurde ein Schritt zu einem besseren Verständnis von Widerstand im psychotherapeutischen Gespräch gemacht. Der so eingeschlagene Weg kann durch zukünftigen Analysen in viele Richtungen weiter fortgesetzt werden.

Literatur

- Aijmer, Karin. (2009). "So er I just sort I dunno I think it's just because...": A corpus study of I don't know and dunno in learners' spoken English. In: Jucker, A.H., Schreier, D., Hundt, M. (Hrsgs.) *Corpora: Pragmatics and Discourse. Papers from the 29th International Conference on English Language Research on Computerized Corpora (ICAME 29)*. Ascona, Switzerland, 14-18 May 2008. Leiden: Brill, S. 151-168.
- Antaki, C. (2008). Formulations in Psychotherapie. In: Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., & Leudar, I. (Hrsgs.) *Conversation Analysis and Psychotherapie* (26-42). Cambridge: Cambridge University Press.
- Arbeitskreis OPD. (2004). *Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik: Grundlagen und Manuel*. Bern; Göttingen u.a.: Huber.
- Bröcher, L. (2017, in Vorbereitung). Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen. Die Funktion der Testung, impliziter Kritik und Ermittlung tatsächlicher Lösungsmöglichkeit.
- Clift, R. (2016). *Conversation analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Deppermann, A. (2015). Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource. *InLiSt*, 51, 1-29. Abgerufen von www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/57/inlist57.pdf
- Deppermann, A. (2008). *Gespräche analysieren. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS.
- Drew, P. (2003). Comparative analysis of talk-in-interaction in different institutional settings. In: Glenn, P.J., LeDaron, C.D., & Mandelbaum, J. (Hrsgs.) *Studies in Language and Social Interaction* (293-308). New Jersey: LEA.
- Duden online (2016): 'wissen'. www.duden.de/rechtschreibung/wissen [letzter Zugriff: 1.7.2017].
- Ekberg, K., & LeCouter, A. (2015). Clients' resistance to therapists' proposals. Managing epistemic and deontic status. *Journal of Pragmatics* 90, 12-25.
- Falk, H. (2013). Discussing Anorexia. A conversation analytical study on treatment discussions between anorexic patients and professionals. Helsinki: Unigrafia.
- Fischer, M. (2017, in Vorbereitung). Modalpartikel halt und eben in OPD-Gesprächen.
- Fofana, G. (2016). ‚psychotherability‘ in psychodiagnostischen Gesprächen – Kommunikative Verfahren zur Darstellung von Behandlungsbedürftigkeit und Behandlungseignung (unveröffentlichte Masterarbeit). Universität Mannheim, Mannheim.

- Helmer, H., Deppermann, A., & Reineke, S. (2017, im Druck). Antwort, epistemischer Marker oder Widerspruch? Sequenzielle, semantische und pragmatische Eigenschaften von *ich weiß nicht*. In: Deppermann, A., Proske, N., Zeschel, A. (Hrsg.): *Verben im interaktiven Kontext. Bewegungsverben und mentale Verben im gesprochenen Deutsch*. Tübingen: Narr.
- Helmer, H., & Deppermann, A. (2017). *Ich weiß nicht* zwischen Assertion und Diskursmarker: Verwendungsspektren eines Ausdrucks und Überlegungen zu Kriterien für Diskursmarker. In: Blühdorn, H., Deppermann, A., Helmer, H., Spranz-Fogasy, T. *Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen*. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, 131-156.
- Helmer, H., Reineke, S., & Deppermann, A. (2016). A range of negative epistemic constructions in German: *Ich weiß nicht* as a resource for dispreferred actions. *Journal of Pragmatics* 106, 97-114.
- Heritage, J. (2013). Epistemics in Conversation. In: J. Sidnell & T. Stivers (Hrsg.) *The Handbook of Conversation Analysis* (370-394). New York: Wiley.
- Hutchby, I. (2002). Resisting the incitement to talk in child counselling: Aspects of the utterance 'I don't know'. *Discourse Studies*, 4(2), 147-168.
- Kabatnik, S., & Spranz-Fogasy, T. (2017, in Vorbereitung). Solution-oriented requests.
- Labov, W., & Fanshel D. (1977). *Therapeutic Discourse. Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.
- Mack, C., Nikendei, C., Ehrenthal, J.C., & Spranz-Fogasy, T. (2016). „[...] hab ich glaub ich die richtigen fragen gestellt“. Therapeutische Fragehandlungen in psychodiagnostischen Gesprächen. *OPAL*, 3, 2-98. doi: 10.14618/opal_03-2016
- MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. In: Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. (Hrsg.) *Conversation Analysis and Psychotherapie* (121-138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Marciniak, A., Nikendei, C., Ehrenthal, J.C., & Spranz-Fogasy, T. (2016) „... durch Worte Heilen“. *Linguistik und Psychotherapie. Sprachreport* 32(3), 1-11.
- Morick, L. (2017, in Vorbereitung) Kommunikative Praktiken des Widerstands in psychotherapeutischen Gesprächen. Widerstand von Patienten nach lösungsorientierten Fragen.
- Muntigl P., & Choi, K.T. (2010). Not remembering as a practical epistemic resource in couples therapy. *Discourse Studies*, 12(3), 331-356. doi: 10.1177/1461445609358516

- Oelschläger, E. (2017, in Vorbereitung). Lösungsorientierte Fragen in psychodiagnostischen Gesprächen.
- Pekarek Doehler, S. (2016). More than an epistemic hedge: French *je sais pas* 'I don't know' as a resource for the sequential organization of turns and actions. *Journal of Pragmatics*, 106, 148-162.
- Pomerantz, A., & Heritage, J. (2013). Preference. In: Sidnell, J., & Stivers, T. (Hrsgs.) *The Handbook of Conversation Analysis* (210-228). Chichester, West Sussex, UK: Blackwell.
- Pomerantz, A. (1984). Agreeing and disagreeing with assessments. Some features of preferred/dispreferred turn shapes. In: Atkinson, J.M., & Heritage, J. (Hrsgs.) *Structures of Social Action*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Raymond, G. (2003). Grammar and Social Organization. Yes/No Interrogatives and the Structure of Responding. *American Sociological Review*, 68(6), 939-967.
- Siebeking-Thompson, M. (2017, in Vorbereitung). Kollaborative Erklärungsfindungsfragen in Psychotherapiegesprächen.
- Spranz-Fogasy, T., & Graf, E. (2017, in Vorbereitung). Requesting Examples in Psychodiagnostic Interviews. Therapists' Contribution to Sequential Co-construction of Clients' Change.
- Stivers, T. (2010). Transformative answers. One way to resist a question's constraints. *Language in Society*, 39, 1-25. doi: 10.1017/S0047404509990437
- Stivers, T. (2005a). Non-antibiotic Treatment Recommendations: Delivery Formats and Implications for Patient Resistance. *Social Science & Medicine*, 60, 949-964.
- Stivers, T. (2005b). Parent Resistance to Physicians' Treatment Recommendations: One Resource for Initiating a Negotiation of the Treatment Decision. *Health Communication*, 18(1), 41-74.
- Tsui, A. (1991). The Pragmatic functions of I don't know. *Text II* (4), 607-622.
- Vehviläinen, Sanna (2008). Identifying and Managing Resistance in Psychoanalytic interaction. In: Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S. & Leudar, I. (Hrsgs.), *Conversation Analysis and Psychotherapie* (121-138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Watkins, C.E. (2010). Considering Characterological Resistances in the Psychotherapy Supervisor. *American Journal of Psychotherapy*, 64(3), 239-256.

Weatherall, A. (2011) I don't know as a Prepositioned Epistemic Hedge. *Research on Language and Social Interaction*, 44(4), 317-337. doi: 10.1080/08351813.2011.619310

Yao, X., & Ma, W. (2017). Question resistance and its management in Chinese psychotherapy. *Discourse Studies*, 19(2), 216-233. doi: 10.1177/1461445617695700

Transkripte: T1-1, T1-2, T1-3, T1-4, T1-5, T2-1, T2-2, T2-3, T2-4, T3-1, T3-2, T4-1, T4-2,
T5-1

Transkriptionskonventionen nach GAT2

[]	Überlappungen und Simultansprechen
[]	
=	schneller, unmittelbarer Anschluss
(.)	Mikropause, bis ca. 0.2 Sek. Dauer
(0.35)	gemessene Pause
◦h/h ◦	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.2-0.5 Sek. Dauer
◦hh/hh ◦	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.5-0.8 Sek. Dauer
◦hhh/hhh ◦	Ein- bzw. Ausatmen von ca. 0.8-1.0 Sek. Dauer
akZENT	Fokusakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
?	hoch steigende Tonhöhenbewegung
,	mittel steigende Tonhöhenbewegung
–	gleichbleibende Tonhöhenbewegung
;	mittel fallende Tonhöhenbewegung
.	tief fallende Tonhöhenbewegung
geht_s	Verschleifungen
: / :: / :::	Dehnung, Längung um ca. 0.2-0.5 Sek. / 0.5-0.8 Sek. / 0.8-1.0 Sek.
hm	einsilbiges Rezeptionssignal
hm_hm	zweisilbiges Rezeptionssignal
mh_mh	zweisilbiges Rezeptionssignal mit Glottalverschluss, verneinend
((lacht))	para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse
<<lachend> nein>	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse, Interpretationen (jeweils mit Reichweite)
()	unverständliche Passage
(raus)	vermuteter Wortlaut
(raus/haus)	mögliche Alternativen
(xxx) / (xxx xxx)	ein / zwei unverständliche Silben
...	Auslassung eines Teils des Transkriptes