

**Suchbewegungen im Therapiegespräch.  
Formen der interaktiven Bearbeitung von Kausalattributionen bei körperlichen Beschwerden ohne Organbefund**

*Arbeitspapier<sup>1</sup>*

Karin Birkner (Universität Bayreuth)  
Christina Burbaum (Universität Freiburg)

*Abstract*

Die Verständigung über Krankheitstheorien gilt im medizinischen und psychotherapeutischen Kontext als wichtiger Bestandteil der Herstellung eines Arbeitsbündnisses und damit als Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Als besonders relevant erweist sich die Einbeziehung von Subjektiven Krankheitstheorien (SKT) und Kausalattributionen (die als Kernbestandteil von SKT definiert sind) bei Patient/innen mit "medically unexplained symptoms" (MUS), d.h. Körperbeschwerden, für die kein eindeutiger somatischer Befund vorliegt und psychosomatische Erklärungen in Betracht zu ziehen sind. Die Bereitschaft für eine psychotherapeutische Mitbehandlung setzt bei Patient/innen nicht nur eine prinzipielle Anerkennung psychosomatischer Zusammenhänge voraus, sondern auch die Bereitschaft, psychosomatische Erklärungen für die eigenen Beschwerden in Erwägung zu ziehen. Die Akzeptanz dieser Zusammenhänge steht jedoch einerseits in einem Spannungsfeld von sozialen Legitimierungsproblemen und Stigmatisierungsbedrohungen und wird andererseits dadurch erschwert, dass psychosomatische Zusammenhänge nicht mit den üblichen medizinischen Diagnosemethoden "sichtbar" gemacht werden können.

Das vorliegende Arbeitspapier basiert auf einem Korpus von 44 Therapiegesprächen mit 10 Patient/innen mit MUS, die sich zur somatischen Abklärung stationär im Krankenhaus befanden und die zu Gesprächen mit hinzugezogenen Psychotherapeut/innen bereit waren. Unsere Analysen konzentrieren sich auf die interaktive Bearbeitung von Kausalattributionen (als zentralem Element jeder SKT) durch die Patient/innen und Psychotherapeut/innen unter den besonderen Bedingungen von MUS. Dabei wird ein rekurrentes Verfahren in den Fokus genommen, bei dem sich der Umgang mit dem Nicht-Wissen (der Beschwerdeursache) als Suchbewegungen beschreiben lässt, in denen einerseits eine große Offenheit für Kausalattributionen zum Ausdruck gebracht wird, andererseits aber das Nicht-Wissen aufrecht erhalten bleibt. Das interdisziplinär zusammengesetzte Autorinnenteam einer Linguistin und einer Psychologin nutzt als methodischen Bezugsrahmen die konversationsanalytisch geprägte Gesprächsforschung.

**Keywords:** Subjektive Krankheitstheorien, Kausalattributionen, Medically Unexplained Symptoms, somatoforme Störungen, Konversationsanalyse, Therapiegespräche

---

<sup>1</sup> Dieser Beitrag ist ein Arbeitspapier, das während eines Aufenthaltes von Karin Birkner als Fellow am FRIAS der Universität Freiburg (März 2012 bis September 2012) entstand, den die Autorinnen für ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit optimal nutzen konnten. Wir danken dem FRIAS für die Unterstützung! Außerdem bedanken wir uns bei Prof. Kurt Fritzsche, der die gesprächsanalytische Sekundäranalyse der Gespräche unterstützt hat. Für wertvolle Beiträge und Hinweise zu diesem Artikel danken wir Dr. Angelika Bauer, Dr. Kathrin Baumann, Alexandra Groß und Dr. Anne Stresing. Besonderer Dank geht an die Patient/innen und Therapeut/innen für ihre Kooperativität und die Bereitschaft, die Gespräche aufzeichnen zu lassen.

## Inhalt

1. Einleitung .....	2
2. Was sind "medically unexplained symptoms" (MUS)? .....	4
3. Subjektive Krankheitstheorien und Kausalattributionen .....	5
3.1. Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit .....	5
3.2. SKT und Kausalattributionen bei MUS .....	6
4. Datenmaterial, Vorgehen und Fragestellungen .....	8
4.1. Datenmaterial .....	8
4.2. Vorgehen und Fragestellung .....	10
5. Analyse der Suchbewegungen in Therapiegesprächen mit MUS-Patient/innen .....	11
5.1. Suche nach Ursachen als Gesprächsziel der Patient/innen .....	11
5.2. Starke Metaphern zur Etablierung von Suchbewegungen durch Therapeut/innen .....	12
5.3. Frage nach Zusammenhängen durch Therapeut/innen .....	16
5.4. Suchbewegungen von Patient/innen nach Zusammenhängen .....	19
5.5. Ausschlussverfahren .....	21
5.6. Verweise auf eine erfolglose Suche .....	24
5.7. Forderung nach ergebnisoffener Suche .....	27
5.8. Suche im Extremen .....	29
6. Kausalattributionen in Suchbewegungen .....	36
6.1. Inhaltliche und funktionale Ebene von Kausalattributionen .....	36
6.2. Zeitliche Verortung der Suchbewegungen: Von der Kindheit bis zu aktuellen Lebenssituation .....	38
6.3. Abstraktionsniveau der Kausalattributionen: abstrakt bis konkret .....	38
6.4. Komplexität der Kausalattributionen: monokausal bis mehrdimensional .....	39
6.5. Dichotome Konzeptualisierungen .....	40
6.6. Gültigkeitsanspruch und Positionierung gegenüber der Suche .....	41
7. Zusammenfassung und Diskussion .....	42
8. Resümee und Ausblick aus psychotherapeutischer Perspektive .....	45
9. Literaturangaben .....	49
Anhang: GAT-Transkriptionskonventionen (nach Selting et al. 2009) .....	55

## 1. Einleitung

Das Sprechen über Gesundheit und Krankheit beruht immer auf einem Prozess der Bedeutungszuschreibung, in dem körperliche Empfindungen interpretiert werden. Krankheitserfahrungen werden maßgeblich sozial konstruiert und durch kognitive Schemata und soziale Praktiken geformt (Kirmayer 1994). Diese Deutungsprozesse können – als Diagnosen – bei vital bedrohlichen Zuständen mitunter lebensrettende Konsequenzen haben; sie bestimmen aber auch über die soziale und institutionelle Definition und Anerkennung der individuellen Beschwerden und über die Wege, die zur Linderung der Beschwerden vor- und eingeschlagen werden (können). Die gesellschaftlichen Konstruktionsprozesse und die aktuellen wissenschaftlichen Interpretationsfolien bilden sich nicht zuletzt regelmäßig in den Neuauflagen der internationalen Diagnosesysteme ab: Neue Krankheitsbilder werden aufgenommen, andere werden umbenannt oder ihre Kriterien neu definiert. Die geforderte Interpretationsleistung ist besonders hoch bei Beschwerdebildern, die sich nicht klar und eindeutig durch diagnostische Prozeduren sichtbar und fassbar machen lassen und daher nicht einfach in bestehende somatische Kategorien einzuordnen sind.

Das gilt auch für "Körperliche Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund" (M[edically [U]nexplained [S]ymptoms (MUS)), d.h. anhaltende Körperbeschwerden, für die keine eindeutige medizinische Erklärung vorliegt. MUS passen weder ins übliche Bild der Somatik noch in das der Psychiatrie/Psychologie. Es sind Störungsbilder, die den Leib-Seele-Dualismus der im Gesundheitssystem dominanten Deutungsmustern von Krankheit in Frage stellen. Ihnen liegt kein eindeutiges Beschwerdebild zugrunde, was dazu führt, dass einige MUS sowohl in den somatischen Disziplinen benannt und verschlüsselt sind, als auch – mit

anderen Kriterien und Begrifflichkeiten – in psychiatrischen Diagnosesystemen als "somatoforme Störungen" klassifiziert sind.

Angesichts des medizinischen "Suchprozesses" im Umgang mit MUS und der potentiellen Stigmatisierung, die mit einer psychiatrischen Diagnose "Somatoforme Störung" verbunden sein kann, ist es nicht verwunderlich, dass es in der konkreten Interaktion zwischen Therapeut/innen und Patient/innen zu Kämpfen um die Interpretationshoheit der Beschwerden kommen kann (Kirmayer, 1994, Salmon 2007, Stresing 2011, Burbaum et al. 2010). In diesen Interaktionen treffen die Subjektive Krankheitstheorien (im Folgenden: SKT) der Betroffenen auf institutionelle Definitionen und Deutungsprozeduren der Behandelnden. Die Vorstellungen über Ursachen und Behandlung divergieren zwischen Therapeut/innen und Patient/innen oft erheblich und die Verständigung über das weitere Vorgehen ist für alle Beteiligten eine kommunikative wie emotionale Herausforderung. Subjektive Krankheitstheorien der Patient/innen und insbesondere die Kausalattributionen – also die Vorstellung über die Ursache der Beschwerden – spielen eine Schlüsselrolle in diesen Interaktionen.<sup>2</sup>

Die üblichen Fragebogenuntersuchungen oder inhaltsanalytische Auswertungen von Interviews zu SKT und Kausalattributionen (im Folgenden: KA) können jedoch nicht die Vielschichtigkeit der realen Aushandlungsprozesse im klinischen Alltag abbilden. Hier leistet die Gesprächsforschung zur Erforschung und Verbesserung der medizinischen Kommunikation ihren Beitrag, indem sie typische Verläufe mit spezifischen Herausforderungen und Problemlagen rekonstruiert und die interaktive Aushandlung von Krankheitstheorien untersucht.

In diesem Sinne wird in diesem Artikel die interaktive Bearbeitung von KA in psychotherapeutischen Erstgesprächen im Rahmen des psychosomatischen Konsildienstes untersucht. Es handelt sich um Patient/innen, die sich stationär im Akutkrankenhaus zur diagnostischen Abklärung von körperlichen Beschwerden aufhalten und denen angesichts bisheriger unauffälliger Befunde und dem Verdacht auf psychosoziale Belastungen als möglicher Einflussfaktor zusätzlich eine psychosomatische/psychotherapeutische Mitbehandlung angeboten wurde. Die Gespräche sollten der diagnostischen Abklärung aus psychosomatischer Perspektive, der Erhebung und ggfs. der Erweiterung patientenseitiger Ursachenvorstellungen sowie nicht zuletzt der Unterstützung der Patient/innen angesichts frustrierender unauffälliger Befunde bei weiter bestehenden körperlichen Beschwerden dienen. Es wird untersucht, wie KA als Teil von SKT in den Therapiegesprächen bearbeitet werden; dabei fällt auf, dass das Ungeklärte – das Nicht-Wissen – häufig als "Suchbewegung" konzeptualisiert wird. Gefragt wird ferner, wie und von wem die Suchbewegungen initiiert und wie die Suchbewegungen interaktiv bearbeitet werden, und es gilt zu klären, welche KA sich inhaltlich im Rahmen der Suchbewegungen nachweisen lassen und welche Konstruktionsmerkmale und welche Funktionalität die KA in den Suchbewegungen erfüllen.

Der Beitrag ist folgendermaßen aufgebaut: In Kapitel 2 wird einführend das Beschwerdebild "medically unexplained symptoms" (MUS) vorgestellt und im Anschluss in Kapitel 3 ein kurzer Abriss über SKT und KA gegeben. Kapitel 4 erläutert das der Studie zugrundeliegende Datenmaterial, das analytische Vorgehen und die Fragestellungen. Daran schließt sich der empirische Teil an: In Kapitel 5 werden Analysen von Suchbewegungen für Ursachenerklärungen vorgestellt, woraufhin Kapitel 6 eine Systematisierung der Ergebnisse in Bezug auf Dimensionen von KA liefert. Kapitel 7 diskutiert die Ergebnisse zusammenfassend, bevor der Beitrag mit einem Ausblick in Kapitel 8 endet.

---

<sup>2</sup> Es gibt erste Ansätze, auch die Subjektiven Krankheitstheorien der Therapeut/innen zu untersuchen (Kreher et al. 2008). Im vorliegenden Artikel liegt der primäre Fokus jedoch auf den Kausalattributionen der Patient/innen.

## 2. Was sind "medically unexplained symptoms" (MUS)?

"Körperliche Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund" (MUS) kommen in der medizinischen Versorgung häufig vor: In der Hausarztpraxis liegen bei 25-50% der Kontakttage Beschwerden vor, die nicht ausreichend organisch erklärt werden können (Verhaak et al. 2006). In speziellen Fachgebieten finden sich in internationalen Studien sogar bei 30-70% der Patient/innen keine organischen Ursachen (Maiden et al. 2003, Nimnuan et al. 2001, Reid et al. 2001). Bleiben die Beschwerden (MUS) trotz umfangreicher diagnostischer Abklärung ungeklärt und über einen längeren Zeitraum bestehen, spricht man in den psychiatrischen Klassifikationssystemen von "somatoformen Störungen":

"Das Charakteristikum der somatoformen Störungen ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht bzw. nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche körperliche Symptome vorhanden, dann erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome oder das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten. Das zu erreichende Verständnis für die körperliche oder psychische Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt enttäuschend" (WHO, Dilling et al. 1993:183).

Die körperlichen Beschwerden sind höchst unterschiedlich und werden von Patient/innen auf alle Organsysteme bezogen. Am häufigsten wird über Schmerzen und Allgemeinsymptome wie Müdigkeit und Erschöpfung berichtet.

Die Lebensqualität von Patient/innen mit länger bestehenden körperlichen Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund ist ebenso schlecht, wie chronischen körperlichen Erkrankungen (Dirkzwager/Verhaak 2007, Maiden et al. 2003, Stanley et al. 2002). Patient/innen mit funktionellen somatischen Beschwerden hatten höhere Werte in der erlebten Stigmatisierung als eine vergleichbare medizinische Kontrollgruppe, bestehend aus Patient/innen mit chronischen körperlichen Erkrankungen (Looper/Kirmayer 2004).

Wie eine wissenschaftlich angemessene und zugleich praktikable und nicht-stigmatisierende Definition von MUS am besten gefasst werden kann, wird sehr kontrovers diskutiert (Creed/Gureje 2012; Dimsdale/Creed 2009; Fava/Wise 2007; Fink et al. 2005; Mayou et al. 2005; Sharpe et al. 2001; Sharpe/Carson 2001; Sykes 2006) und ist sicher noch nicht an einem endgültigen Punkt angelangt. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass in der diesjährigen neuen Ausgabe des DSM-V (American Psychiatric Association 2013) die diagnostische Kategorie der somatoformen Störungen neu benannt und definiert wird.

Patient/innen mit MUS stellen bezüglich der Beschwerden und des Ausmaßes der Beeinträchtigung eine sehr heterogene Patientengruppe dar. Zudem sind sie eine ökonomisch relevante Gruppe im Gesundheitssystem: Auch nach dem zuverlässigen Ausschluss einer körperlichen Krankheit werden wiederholt nicht indizierte Behandlungen (z. B. Medikamentengabe) und weitere diagnostische Untersuchungen sowie chirurgische Eingriffe durchgeführt. Diese Maßnahmen bleiben oftmals ineffektiv (Barsky et al. 2005, Barsky et al. 2001, Fink 1992a/1992b, Stanley et al. 2002), können zu Nebenwirkungen führen oder zur Chronifizierung und somatischen Fixierung bei den Patient/innen beitragen (Biderman et al. 2003). Im Zusammenhang mit MUS werden auch iatrogene Schädigungen diskutiert (Barsky/Borus 1999, Fink 1992b, Kouyanaou et al. 1998, Page/Wesslely 2003, Stanley/Peters/Salmon 2002).

Ein weiteres Hindernis für eine optimale Versorgung stellt die inkonsistente Terminologie und Klassifikation dar. Die Situation wird verschärft durch eine einseitige Psychologisierung oder Psychiatrisierung der Beschwerden sowie die gesellschaftliche Bewertung solcher Beschwerden als illegitim (Henningsen/Priebe 1999). Neben zu bemängelnden Versorgungsstrukturen ist schließlich die kontraproduktive Entlohnung im Medizinsystem (z. B. unzurei-

chende Vergütung für Gesprächsleistungen oder Vermeidung unnötiger Maßnahmen) als wesentlicher Teil des Problemfeldes zu sehen.

Medizinisch ungeklärten Symptomen liegt kein einheitlicher Krankheitsprozess zugrunde, vielmehr wird von einem Zusammenspiel diverser Faktoren und Prozesse ausgegangen (Rief & Broadbent 2007), bei denen die KA eine wesentliche Rolle spielen (Kapitel 2). Den gemeinsamen Hintergrund unterschiedlicher therapeutischer Ansätze stellt ein biopsychosoziales Modell dar, in dem biologische, psychische und soziale Aspekte in die Entstehung und Aufrechterhaltung der Beschwerden einfließen (vgl. z. B. Arbeitskreis PISO 2012; Kleinstäuber et al. 2012). Besteht der Verdacht auf das Vorliegen einer somatoformen Störung, bahnen Ärzte in der Praxis oder in der Klinik eine Überweisung in eine psychotherapeutische Behandlung an, da Psychotherapie bei einem Großteil der Beschwerden, neben komplementärmedizinischen und pharmakologischen Ansätzen, die indizierte Behandlung darstellt (Henningsen 2007). Dieser Übergang stellt für alle Beteiligten eine Herausforderung dar, da die Überweisung in psychosomatische und psychotherapeutische Mitbehandlung immer noch als stigmatisierend erlebt werden kann. In dieser Überweisungsphase ist es bei einer stationär erfolgenden diagnostischen Abklärung der Symptome in einigen Kliniken möglich, dass Psychotherapeuten hinzu gerufen werden, um die Patient/innen in einem Gespräch diagnostisch einzuschätzen, über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten zu informieren und zu solchen zu motivieren.

In vielen Ländern wurden Ärzte in Kommunikationstrainings nach dem Reattributionsmodell (Goldberg et al. 1989) geschult; dieses liegt auch der Studie zugrunde, aus der das Subkorpus der vorliegenden Untersuchung stammt. Es sieht vor, Patient/innen für die Erweiterung ihrer Ursachenvorstellungen und für psychosomatische Zusammenhänge zu sensibilisieren (u.a. Gask et al. 1989; Larisch et al. 2004, Morris et al. 1998/2007, Rosendal et al. 2005, Frosthalm et al. 2005) – meist allerdings mit nur geringen Effekten. Aktuell wird die Relevanz der Reattribution bei MUS kritisch diskutiert (Gask et al. 2011).

### 3. Subjektive Krankheitstheorien und Kausalattributionen

#### 3.1. Subjektive Theorien zu Krankheit und Gesundheit

Subjektive Theorien sind allgegenwärtig. Menschen bilden Subjektive Theorien über sich selbst, ihr Umfeld und die Welt, reflektieren über Ereignisse und deren Zustandekommen, entwickeln Hypothesen und stellen Prognosen über bevorstehende Ereignisse auf, schätzen eigene Reflexions- und Handlungskompetenzen ein und bewerten diese (Vlassenko, in Vorb.). Der Begriff "Subjektive Krankheitstheorie" verweist darauf, dass das subjektive Alltagsdenken in Analogie zu wissenschaftlichen Theorien gefasst wird, da es Strukturparallelitäten aufweist. Spätestens seit dem "Forschungsprogramm Subjektive Theorien" von Groeben et al. (1988) hat sich die Bezeichnung "Subjektive Theorien" durchgesetzt, weil dieser Begriff sprachlich neutral ist, keine abwertenden Konnotationen beinhaltet und schließlich "die Parallelität zum wissenschaftlichen Denken ('Theorie') mit der Subjektivität des Alltagsdenkens vereint" (Groeben/Scheele 2010:160).<sup>3</sup>

Im medizinischen Bereich spielen Subjektive Theorien in Bezug auf Krankheit und Gesundheit eine große Rolle (Faller 1998; Faltermaier 1998, 2003; Flick 1998; Franke 2010). Salutogenetische Ansätze plädieren zu Recht dafür, auch der Vorstellung von Gesundheit Relevanz einzuräumen. Krankheit und Gesundheit werden nicht als einander ausschließende

<sup>3</sup> Es herrscht eine große terminologische Vielfalt, neben der Bezeichnung "Subjektive Krankheitstheorien" wird auch "Krankheitsüberzeugungen", "-konzepte", "-repräsentationen", "-modelle" sowie Bildungen mit "Laien" verwendet. Im Englischen sind u.a. Bezeichnungen wie "representations of illness/illness representations", "lay cognitive models", (lay) illness modell, "common-sense models" etc. gebräuchlich.

Dichotomien, sondern als Kontinuum zwischen zwei Polen (Antonovsky 1979) gefasst und es gilt die Faktoren zu ermitteln, die Menschen in die eine oder die andere Richtung bringen (vgl. a. Lorenz 2005). Während medizinische Definitionen Gesundheit häufig über die Abwesenheit von Krankheit erfassen, zeigen Studien, dass Subjektive Theorien von Gesundheit über positive Bestimmungen erfolgen (z. B. Wohlbefinden). In diesem Sinne definiert auch die WHO in ihrer Präambel seit 1948 Gesundheit folgendermaßen:

"Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".<sup>4</sup>

In der Forschung stehen jedoch Krankheitstheorien deutlich im Vordergrund. "Subjektive Krankheitstheorien" (im Folgenden SKT, vgl. Becker 1984; Faller 1991, 1997) bestehen nach Faller (1997: 265) in Abgrenzung zu medizinischen Krankheitstheorien aus "[...] Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung [...]." In der Definition von Wüstner (2001:309) wird auf die zentrale Rolle von KA und Kontrollüberzeugungen hingewiesen:

"Bezogen auf eine Krankheit ist eine subjektive Theorie ein System krankheitsbezogener Vorstellungen, Überzeugungen und Bewertungen. Ein Mensch bildet sie, wenn er mit einer Krankheit konfrontiert wird. Kernstücke des Konzepts sind Vorstellungen über die Verursachung einer Krankheit und über die Beeinflussbarkeit."

Becker (1984) stellt fest, dass SKT magischem Denken unterliegen können, also nicht immer rational sind. Nach Faller (1990) können SKT inkonsistent sein; allerdings betont Hasenbring (1990), dass sie kurzfristig instabil, aber langfristig stabil sein können. Verres (1998) kommt zu dem Schluss, dass SKT nicht nur handlungsleitend, sondern in gleichem Maße handlungsrechtfertigend wirken. Art und Bedeutung der SKT sind abhängig von Art, Dauer und Bedrohlichkeit der Erkrankung sowie dem Grad der persönlichen Betroffenheit (Frankel 2001). Sie werden außerdem vom Alter (Schmidt/Fröhling 1998, Ball/Lohaus 2010) und von der Erkrankungsphase beeinflusst, in der sich der/die Betroffene gerade befindet (Hasenbring 1989). Studien zeigen, dass Patient/innen bei einem vergleichbaren Beschwerdebild in einem ähnlichen Krankheitsstadium sehr unterschiedliche Sichtweisen haben, die sich dann auf den Krankheitsverlauf und das Krankheitserleben auswirken (Bishop/Thomas/Foster 2007).

Aus medizinischer Perspektive beeinflussen SKT neben Adhärenz<sup>5</sup> und Kontrollüberzeugungen auch das Coping (die Krankheitsbewältigung) und den Krankheitsverlauf (Becker 1984; vgl. a. Ripke 1994). Coping und Adhärenz hängen eng mit dem Vertrauen zusammen, dass ein Patient in den Arzt setzt. Voraussetzung für die Entwicklung einer Vertrauensbeziehung ist oft die Bereitschaft des Arztes, den Patientenkonzepten, z. B. den SKT, Beachtung zu schenken.

### 3.2. *SKT und Kausalattributionen bei MUS*

SKT mit den in der Definition von Wüstner als Kernstücke bezeichneten Bereichen der Verursachung einer Krankheit (KA) und deren Beeinflussbarkeit (Kontrollüberzeugungen) erweisen sich u.a. deshalb als sehr wichtig für den Behandlungserfolg, weil die Ursachenüberzeugungen direkt auf die Bewertung von Therapieansätzen und damit auf die Adhärenz Einfluss nehmen.

<sup>4</sup> Zit. n. "Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948" (<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>, aufgerufen am 15.02.2013).

<sup>5</sup> Für Therapietreue wird auch der Begriff der "Compliance" verwendet, er wird jedoch zunehmend durch Adhärenz abgelöst, der stärker die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient betont und weniger die einfache Befolgung von Regeln durch den Patienten in den Vordergrund rückt.

KA bei MUS stellen Patient/innen und Therapeut/innen vor die Aufgabe, körperliche Beschwerden, bei denen die üblichen somatischen Interpretationen nicht zur Verfügung stehen, zu kategorisieren und zu benennen. Eine somatische Ursachenüberzeugung trotz unauffälliger Befunde ist ein wesentliches diagnostisches Kriterium im Diagnostischen Klassifikationssystem ICD-10 (WHO 2007). In den meisten Modellen zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von MUS spielen KA und SKT eine entscheidende Rolle (Rief/Broadbent 2007). Somatische KA bei somatoformen Beschwerden können zu einem ungünstigen Krankheitsverhalten (wie z. B. höhere Inanspruchnahme medizinischer Versorgung) führen (Rief et al. 2004), die Therapiewahl beeinflussen (Faller 1997) und sind ein negativer Prädiktor der Symptomschwere (Hilbert et al. 2010). Lange Zeit wurde die Tendenz der Patient/innen, ihre Beschwerden monokausal somatisch zu attribuieren, in den Vordergrund gestellt (z. B. Nimmuan et al. 2001). Mittlerweile weiß man, dass Patient/innen mit MUS – insbesondere bei komorbider Angst und Depression – zwar zu KA im Bereich organischer Ursachen tendieren, sehr wohl aber auch psychosoziale und normalisierende KA in Erwägung ziehen. Subgruppen von somatisierenden Patient/innen wurden gar als "Psychologisierer" eingestuft (Henningsen et al. 2005). Eine Dichotomisierung in entweder organisch oder psychologisch ist angesichts multipler Attributionen somit nicht aufrecht zu erhalten (Henningsen et al. 2005; Rief et al. 2004, Martin et al. 2007; Hiller et al. 2010).

Die Beschwerden von MUS-Patient/innen haben in der Regel einen langdauernden Verlauf und können von Chronifizierungen (z. B. Schmerz) begleitet sein. Aufgrund der langen Krankheitsdauer ergibt sich eine ausgedehnte Krankheitserfahrung, auch mit medizinischen Institutionen, Diagnosen und Therapien, in Zuge derer die Patient/innen eine zunehmende Expertise erlangen. Aufgrund des komplexen Verlaufs, der z. B. auch Folgebeschwerden, Komorbiditäten, iatrogene Komplikationen umfasst, sind einfache SKT nicht mehr plausibel. Hinzu kommen Erfahrungen mit Stigmatisierung (als schwierig, unkooperativ, hypochondrisch etc.). Patient/innen sind großen psychischen Belastungen ausgesetzt, die fehlende Diagnose geht mit Angst und Verunsicherung, sowie nicht zuletzt einer fehlenden institutionellen Legitimierung einher.

Medizinische Studien zu KA greifen auch bei MUS weitgehend auf fragebogenbasierte Bestätigungsmethoden zurück, in denen Betroffene das Zutreffen einer Attribution auf einer Liste ankreuzen (wie der Symptom Interpretation Questionnaire von Robbins/ Kirmayer 1991 oder der Illness Perception Questionnaire von Weinman et al. 1996). Da der Zusammenhang mit frei generierten Attributionen jedoch fraglich ist (Sensky 1997; Groben/Hausteiner 2010), wurden in letzter Zeit verstärkt strukturierte Interviewmethoden zur Erhebung von KA genutzt (z. B. Hiller et al. 2010; Martin et al. 2007; Groben/Hausteiner 2010), die Ergebnisse dann jedoch meist unter 3-5 vorgegebenen Kategorien subsummiert. Inhaltsanalytische Untersuchungen von freien Interviews mit MUS Patienten rekonstruierten Erklärungen, die sich in vier Gruppen ordnen lassen: 1) Krankheit als bösartige, autonome Entität, 2) Externe soziale Einflüsse wie berufliche oder familiäre Stressoren, 3) inneres Ungleichgewicht, z. B. des Immunsystems, und 4) nervöse und psychologische Mechanismen (Peters et al. 1998).

Zugleich wurde die Unzufriedenheit der Patient/innen mit den Erklärungen ihrer Beschwerden durch die Ärzt/innen evident (z. B. Peters et al. 1998). Die meisten Erklärungen stellen für MUS-Betroffene den Realitätsgehalt ihrer Beschwerden in Frage (Salmon et al. 1999). Dass Patient/innen ihren Behandelnden gegenüber psychosoziale Ursachenvermutungen verschweigen, liegt u.a. in der Sorge begründet, der Arzt/die Ärztin könne mit diesen Themen nicht umgehen, man werde stigmatisiert oder künftig nicht angemessen medizinisch betreut (Peters et al. 2009). Zudem berichten Patient/innen – gefragt nach ihren KA – Unzufriedenheit mit der bisherigen medizinischen Versorgung (Grobe/Hausteiner 2010).

SKT, oft mit dem Hauptfokus auf KA, sind auch aus linguistischer und gesprächsanalytischer Sicht bearbeitet worden (Birkner 2006; Gill/Maynard 2006, zu MUS: Stresing 2011,

Burbaum/Stresing et al. 2010). Die (in der Regel) medizinischen "Laien" treffen als Betroffene in den medizinischen Institutionen auf "Experten" und deren medizinischen Krankheits-theorien, so dass es unter den Bedingungen der Experten-Laien-Kommunikation (vgl. Brün-ner 2009) im Gespräch zwischen Patient/in und Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in zu Aushand-lungs- und Vermittlungsprozessen hinsichtlich Krankheitstheorien kommt. Die Annahme von stabilen, unveränderlichen SKT, wie sie von Fragenbogenuntersuchungen suggeriert wird, zeigt sich hier als unhaltbar. So weist Birkner (2006) darauf hin, dass SKT spezifischen Zwe-cken im konkreten Interaktionskontext (Funktionalität) und interaktionalen Aushandlungsprozessen (Kontextsensitivität) unterworfen sind. Das Setting, in dem SKT zur Sprache kommen, beeinflusst die Darstellungen von Patient/innen. Die Studie von Kreissl et al. (2004) zeigt, dass Schmerzpatientinnen in offenen Interviews mit medizinischen Laien nicht nur ausführlicher über medizinisch relevante Aspekte Auskunft geben und mit weniger Vagheitsindikator- und Geltungseinschränkungen gestalten, als in zahnärztlichen Gesprächen, sondern dass die Patientinnen auch wesentliche Informationen zurückhalten, selbst wenn der Arzt explizit danach fragt. Damit wird die Notwendigkeit gesprächsanalytischer Methodik für die ange-messene Untersuchung von SKT im Arzt/Patient-Gespräch als wesentliche Ergänzung auch für die Medizin/Psychotherapie ersichtlich.

In konversationsanalytischen Studien zu Therapiegesprächen über KA bei MUS (Stresing 2011, Burbaum/Stresing et al. 2010, Monzoni et al. 2011) wurden Verfahren rekonstruiert, mit denen Therapeut/innen den Patient/innen für alternative Krankheitsmodelle zu sensibili-sieren versuchen, und es konnte ein deutlicher interaktioneller Widerstand gegenüber von den Behandelnden nahegelegte psychosoziale Attributionen, selbst sehr implizite, rekonstruiert werden. Zudem konnte gezeigt werden, dass die Patient/innen die eigene Situation mit Be-schwerden ohne ausreichenden Organbefund im Gesundheitssystem als kränkend und poten-tiell stigmatisierend darstellen und sie in den Gesprächen im Ringen um eine somatische Er-klärung ihrer Beschwerden Identitätsarbeit leisten. Die Patient/innen weisen implizit erfolgte und auch antizipierte Fremdpositionierungen (als Simulanten oder psychisch Kranke) in z.T. ausführlichen und repetitiven Gegendarstellungen zurück und etablieren im Gegenzug eigene Krankheitsmodelle (Burbaum/Stresing et al. 2010).

Die im Vorangegangenen dargestellten Besonderheiten der klinischen Situation von "MUS", d.h. den zum Teil erheblichen und andauernden körperlichen Beschwerden, für die aber (noch) keine körperliche Ursache gefunden wurde, rücken SKT und ihre interaktive Be-arbeitung in den Fokus, stärker noch als z.B. bei Akutbehandlungen. Es ergibt sich die Frage, wie die Therapeut/innen die (als Ziel im Behandlungsmanual vorgesehene) Bearbeitung von Subjektiven Krankheitstheorien/Kausalattributionen (im Folgenden SKT/KA) mit den Pati-ent/innen in den Therapiegesprächen etablieren und sprachlich bearbeiten. Das Unerklärte, das naturgemäß einen großen Raum einnimmt, äußert sich in den Therapiegesprächen u.a. in ausgedehnten Suchbewegungen, die im vorliegenden Beitrag in den Mittelpunkt des Interes-ses gestellt werden. Die Ergebnisse dieser Analyse werden in Kapitel 5 präsentiert; zuvor werden jedoch zunächst das Korpus beschreiben (4.1.) und im Anschluss die Fragestellung und das methodische Vorgehen erläutert (4.2.).

## **4. Datenmaterial, Vorgehen und Fragestellungen**

### **4.1. Datenmaterial**

Die Daten stammen aus dem DFG-Projekt "Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes" der Uniklinik Freiburg. Abt. Psychosomatik (vgl. a. Schweickhardt et al. 2007; Fritzsche et al. 2005). In diesem Rahmen führten speziell geschulte psychologische und ärztliche Psychothe-



rapeut/innen bis zu 5 Gespräche (von jeweils 45-60 Minuten Dauer) mit 49 Patient/innen mit MUS. Die Gespräche liegen als Audioaufnahmen vor. Die Gespräche fanden im Zeitraum von 6/2002 bis 10/2004 statt, während des stationären Aufenthaltes der Patient/innen im somatischen Akutkrankenhaus zur Abklärung der körperlichen Beschwerden mithilfe einer umfangreichen Diagnostik (in einzelnen Fällen wurden sie nach der Entlassung weitergeführt).<sup>6</sup>

Den Therapiegesprächen liegt ein manualisiertes Vorgehen zugrunde. Die Anlage der Intervention basiert vorwiegend auf einem modifizierten Reattribuierungsmodell nach Goldberg et al. (1989) und integriert verschiedene psychotherapeutische Ansätze (Fritzsche et al. 2005; Schweickardt et al. 2007). Die Therapeut/innen verfolgen in den Gesprächen laut Manual folgende Ziele (zitiert nach Stresing 2011:312ff):

"1. Entwicklung eines alternativen Krankheitsmodells gemeinsam mit dem Patient/innen, das subjektive Vorstellungen und psychosomatische Zusammenhänge bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der körperlichen Beschwerden integriert.

2. Förderung der emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten und der Akzeptanz unerwünschter Affekte wie Wut, Ärger, Enttäuschung, Angst. [...]

3. Motivierung für eine poststationäre Weiterbehandlung mit Differentialindikation für die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren von der psychosomatischen Grundversorgung bis zur ambulanten und stationären Fachpsychotherapie."

Für die vorliegende Studie wurden ein Subkorpus aus 10 Patient/innen (6 weibliche und 5 männliche) mit 5 Therapeut/innen (3 weiblichen und 2 männlichen) in insgesamt 44 Therapiegespräche von ca. 37 Stunden Dauer berücksichtigt. Bei der Auswahl wurde ein möglichst ausgewogenes Verhältnis von weiblichen und männlichen Patient/innen in unterschiedlichen Altersstufen sowie die Beteiligung verschiedener Therapeut/innen sichergestellt. Zudem wurde darauf geachtet, dass Patient/innen ausgewählt wurden, von denen mindestens drei Gespräche vorlagen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über das Korpus.

	Patientenkürzel	Anzahl Gespräche	Geschlecht	Alter	Therapeut/in	Geschlecht
01	Pat7	4	weibl.	40	T3	männl.
02	Pat14	5	männl.	18	T7	weibl.
03	Pat22	3	weibl.	69	T7	weibl.
04	Pat23	4	weibl.	32	T7	weibl.
05	Pat57	5	männl.	35	T1	weibl.
06	Pat80	5	weibl.	46	T6	weibl.
07	Pat84	5	männl.	49	T2	männl.
08	Pat95	4	männl.	43	T6	weibl.
09	Pat107	5	weibl.	42	T7	weibl.
10	Pat108	4	weibl.	29	T7	weibl.

**Tabelle 1: Zusammensetzung des für die vorliegende Studie verwendeten Datenkorpus**

Im Behandlungsmanual wurden für die einzelnen Sitzungen je spezifische Aufgaben und Ziele formuliert; in der ersten Sitzung stand die Exploration des Subjektiven Krankheitskonzepts

<sup>6</sup> Die Studie wurde quantitativ ausgewertet. Es zeigte sich bei der Gruppe von Patient/innen mit Therapiegesprächen gegenüber der Kontrollgruppe, die lediglich Informationsmaterial bekommen hatte, eine höhere Motivation nach der Entlassung, eine Psychotherapie zu beginnen (für weitere Ergebnisse siehe Schweickardt et al. 2007). Obgleich die Erörterung der subjektiven Krankheitstheorien im Fokus der psychotherapeutischen Gespräche stand, wurden in der bisherigen Untersuchung des Materials bislang nur Fragebogendaten zu den Kausalattributionen ausgewertet (Schweickardt et al. 2007). Stresing (2011) hat erste Auswertungen zu Kausalattributionen in den Gesprächen vorgelegt. Viele Forschungsfragen zum Thema sind jedoch noch nicht systematisch für das vorliegende Datenkorpus untersucht worden.

auf der Agenda. Wie die Analyse gezeigt hat, spielen Suchbewegungen hier eine besondere Rolle, so dass sich die ersten Gespräche als von herausgehobener Relevanz für die vorliegende Untersuchung erwiesen haben.

Alle an der Studie teilnehmenden Patient/innen haben eine zum Teil jahrelange, bislang erfolglose Ursachensuche hinter sich war. Der Aufenthalt in der Klinik, während dessen die Therapiegespräche geführt wurden, diente dazu, erneut eine umfangreiche klinische Diagnostik zur Abklärung körperlicher Ursachen durchzuführen. Diese Ergebnisse lagen häufig zum Zeitpunkt der Therapiegespräche nicht vor bzw. trafen im Verlauf der fünf Sitzungen ein.

#### **4.2. Vorgehen und Fragestellung**

Die für die Analyse ausgewählten 44 Therapiegespräche wurden im ersten Schritt transkribiert, inventarisiert und auf alle expliziten Thematisierungen von psychosomatischen Zusammenhängen bzw. von KA hin gesichtet. Dabei wurde deutlich, dass sich die Bearbeitung von SKT/KA – sowohl von Seiten der Therapeut/in als auch der Patient/innen – häufig als eine Art interaktive "Suchbewegung" gestaltet, mit der das Nichtwissen (das Ungeklärte bzw. die MUS) bearbeitet wird. Es ist angesichts der langen Krankengeschichte der ausgewählten 10 Patient/innen ohne eindeutige Diagnose nachvollziehbar, dass das Ungeklärte auf unterschiedliche Weise und in verschiedensten Formen in den Gesprächen auftaucht. Die Suche erweist sich dabei als ein häufiges Leitmotiv, das sich durch die Gespräche zieht. Nicht nur stellen die Patient/innen die bisherige Ursachensuche und die (erfolglose) diagnostische Abklärung ausführlich dar, auch werden die Gespräche von den Therapeut/innen oft explizit als Suchprozess bezeichnet und als Suche nach Erklärungen für die Beschwerden gestaltet. Dabei ist es aufschlussreich zu beobachten, wie die Suchbewegungen konzeptualisiert werden, welche SKT/KA sie nahelegen oder ausschließen und welche "Fundstücke" sie zutage fördern.<sup>7</sup>

Im nächsten Schritt wurde das Phänomen der Suche in den Fokus der Untersuchung gestellt und mit konversationsanalytischer Methodologie untersucht (Deppermann 1999, Sidnell 2010). Im Zentrum unserer Analyse stehen also Suchbewegungen in den Therapiegesprächen im Zusammenhang mit der Ätiologie der körperlichen Beschwerden, für die bislang keine medizinischen Ursachen gefunden wurden. Mit einem sequenzanalytischen Vorgehen wurde herausgearbeitet, wie sich Suchbewegungen im Kontext von MUS manifestieren, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf die Frage gelegt wurde, wie dies in den Gesprächen interaktional und ko-konstruktiv von den Beteiligten entwickelt wird. Insbesondere verfolgt die Studie folgende Fragestellungen:

- Wie und von wem werden die Suchbewegungen initiiert? Wie wird die Suche im Gespräch gerahmt? Wie werden die Suchbewegungen interaktiv bearbeitet? Welche sprachlichen und argumentativen Charakteristika lassen sich in diesem Zusammenhang rekonstruieren?
- Welche KA finden sich inhaltlich im Rahmen der Suchbewegungen? Wie werden das Ungeklärte und KA aufeinander bezogen und welche Funktionalität kommt den KA dabei zu?

Nicht im Fokus der Untersuchung steht die Frage, welche Veränderungen von SKT/KA im Verlauf der Behandlung erfolgen oder welche Auswirkungen spezifische therapeutische In-

---

<sup>7</sup> Wir gehen davon aus, dass die vorliegenden Gespräche von den jeweiligen Beteiligten, d.h. Patient/innen und Therapeut/innen, ko-konstruiert werden und durch den spezifischen Kontext (psychosomatisches Konsilgespräch im Akutkrankenhaus) bestimmt werden. Kausalattributionen werden mal eher von Patient/innen, mal eher von Therapeut/innen initiativ ins Gespräch eingebracht; sie werden lokal ausgehandelt und die Erklärungsmodelle liegen nicht als etwas bereits mental Abgeschlossenes vor, das lediglich versprachlicht werden müsste. Damit wird es notwendig, statt einer isolierenden Extraktion von einzelnen Kausalattributionen den Gesprächskontext, in den die jeweiligen Attributionen eingebettet sind, in eine umfassendere Fallanalyse einzubeziehen und die lokalen Krankheitstheorien der Patient/innen zu rekonstruieren (vgl. a. Stresing 2011).

terventionen haben. Ebenso wenig können Unterschiede hinsichtlich der SKT/KA in der Interaktion zwischen verschiedenen Patient/innen und Therapeut/innen dargestellt werden. Diese Fragestellungen würden einzelfallbezogene Verlaufsanalysen voraussetzen; in unserer Analyse steht dagegen die lokale Konstruktion des Erklärten/Unerklärten durch die Patient/innen und Therapeut/innen im Zentrum.

Die folgenden Analysen können lediglich eine erste Annäherung an diese Fragen darstellen, die angesichts des umfangreichen Datenkorpus in vertiefenden Analysen näher untersucht werden sollten. Forschungsdesiderata werden vor dem Hintergrund dieser ersten explorativen Analysen in der Diskussion formuliert. Da es sich um eine qualitative Studie handelt, wird kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben; nichtsdestotrotz werden Rekurrenzen herausgearbeitet. Auch wenn die Analyseergebnisse aufgrund des speziellen Interaktionskontextes nur begrenzt generalisierbar sind, so kann die Rekonstruktion sprachlicher und interaktiver Phänomene in der Interaktion zwischen Therapeut/innen und Patient/innen bei MUS jedoch auf der Mikroebene die interaktionale Dynamik nachzeichnen und Chancen und Gefahren in der therapeutischen Arbeit mit MUS-Patient/innen erkennbar werden lassen.

## 5. Analyse der Suchbewegungen in Therapiegesprächen mit MUS-Patient/innen

Im Folgenden werden empirische Ergebnisse der Gesprächsanalyse von Suchbewegungen im Korpus der Therapiegespräche vorgestellt. In 5.1. wird zunächst gezeigt, dass die Suche nach Ursachen von Patient/innen auch explizit als Ziel des Therapiegesprächs formuliert wird, bevor sich die Kapitel 5.2 und 5.3 mit der Etablierung von Suchbewegungen durch Therapeut/innen beschäftigen. In Kapitel 5.4 bis 5.7. stehen die Verfahren von Patient/innen im Mittelpunkt, mit denen sie die Erfolglosigkeit der Suche nach Erklärungen im Gespräch darstellen. Kapitel 5.8 zeigt, welche verschiedenen Funktionen die Ausweitung der erwogenen KA in extreme Bereiche haben kann.

### 5.1. Suche nach Ursachen als Gesprächsziel der Patient/innen

Die Suche nach den Ursachen für die Beschwerden als ein wesentlicher Bestandteil der Gespräche nimmt nicht nur vielfältige Formen und Verläufe in der therapeutischen Bearbeitung an, sondern wird von vielen Patient/innen auch explizit als Ziel der Teilnahme formuliert. Das geschieht beispielsweise in der ersten Sitzung, in der die Patient/innen gemäß dem Behandlungsmanual Ziele für die Therapiesitzungen formulieren sollen, die dann in einen Behandlungsbogen eintragen werden, wie im folgenden Beispiel:

#### *Beispiel (1) Pat84m-1, T2w<sup>8</sup> "woher"*

```

36 T: .h und ähm (1.67) wir müssten jetzt mal zusammen überlegen;
37 <<ff>was WÄren denn> (1.46) ZIEle für diese Gespräche; (-)
38 von ihrer SEite aus.
39 (1.88)
40 P: wüsst ich NICHT;
41 (3.45)
42 T: .hh gibt=s [irgendwas sie <<f>was sie> <<ff>was sie> für sich (-)
43 P: [wei weiß net WAS (kommt drauf);
44 T: KLÄren (-) MÖCHten;
45 oder was sie er!REI!chen möchten jetzt;
46 P: na gut ich möchte wissen woher ich meine SCHMERzen und meine
Müdigkeit hab; (1.19)

```

<sup>8</sup> Die Benennung der Beispiele orientiert sich an folgendem Muster: *Pat84m-1* steht für männlichen Patienten 84, erstes Gespräch, *T2w* für weibliche Therapeutin 2 (vgl. Tabelle 1).

47 un:d (.) des isch mal mein ZIEL; (-)

Von der Therapeutin gefragt, nennt Patient 84 nach einigem Überlegen die Suche nach Ursachen seiner Beschwerden als Ziel für die kommenden Therapiegespräche: *ich möchte wissen woher ich meine SCHMERzen und meine MÜdigkeit hab*; (Z. 45). Manche Patient/innen formulieren auch expliziter, dass sie psychische Ursachen ausschließen wollen, wie Patient 57 im folgenden Beispiel:

*Beispiel (2) Pat57m-1, T2w "NIX psychisches"*

((Frage der Therapeutin nach Zielen))  
566 P: einfach die beSTÄtigung, (1.4)  
567 dass es NIX psychisches isch;  
568 T: okay;  
569 <<p>also> <<pp>[(klar)]>;  
570 P: [oder ] WENN- (1.0)  
571 dann wenigstens mit beGRÜNdung.  
572 T: mh=HM;

Das erste Ziel des Patienten lautet, psychische Ursachen auszuschließen. Sollte das nicht möglich sein, wünscht er eine begründete Diagnose. Dies scheint bisherigen Erfahrungen entgegen zu stehen, wonach das "Psychische" als Restdiagnose übrig blieb, wenn keine somatischen Ursachen gefunden wurden (vgl. a. 5.7).

Ähnliche Zielformulierungen, bei denen die Klärung der Ursachen allgemein und insbesondere die Frage, ob es sich um somatische oder psychische Ursachen handelt, im Vordergrund stehen, werden von Patient/innen im Laufe der Gespräche auch eigeninitiativ eingebracht. In allen Gesprächen thematisieren die Patient/innen die bisherige somatische Suche und den medizinischen Abklärungsprozess und benennen ihren eigenen Wunsch nach dem Auffinden einer Ursache für ihre Beschwerden. Zudem schildern sie nicht nur die Suche nach einer Erklärung durch medizinische Fachleute, sondern zitieren andere, die ihnen bestimmte Erklärungen nahegelegt haben oder eine weitere Suche empfohlen haben *und JETZ eigentlich dass mein Umfeld eher so gesagt hat jetzt LASS das endlich ABklären-* (Pat. 22-1, Datum nicht gezeigt). Das liegt aufgrund des Kontextes, in dem die Aufnahmen stattfinden, nahe, da der Klinikaufenthalt der Patient/innen mit MUS häufig einer erneuten Abklärung der Symptomatik und der Diagnosefindung dient. Aufschlussreicher ist es, wie diese Suche aufgenommen wird und welche Verläufe sie im Zuge der Bearbeitung der therapeutischen Bearbeitung nimmt, unter der Maßgabe, dass das therapeutenseitige Ziel u.a. lautete, die SKT der Patient/innen zu eruieren und sie ggfs. für alternative, psychosomatische KA zu sensibilisieren.

Im folgenden Abschnitt werden Gesprächsausschnitte gezeigt, in denen Therapeut/innen Metaphern aus dem Bereich der Suche verwenden, um die Frage der KA zu bearbeiten.

**5.2. Starke Metaphern zur Etablierung von Suchbewegungen durch Therapeut/innen**

Es sind nicht nur die Patient/innen, sondern auch die Therapeut/innen, die explizit auf eine "Suche" Bezug nehmen, um auf den gemeinsamen Klärungsprozess in den Gesprächen zu referieren. Eine auffällige Etablierung von Suchbewegungen, die in mehreren Gesprächen auftritt, initiiert die Suche als eine spezifische, nämlich kriminologische Ermittlung von Evidenzen.

*Beispiel (3) Pat57m-2 T1w "Spürhund, Kriminologe"*

((Kontext: Patient begründet die erneute diagnostische Abklärung des Organischen mit der Unzufriedenheit über fehlende Diagnosen.))  
38 P: warum ich jetzt UNbedingt nomoal [(-) was MACHe wollte;  
40 T: [klar-

41 <<p>klar>;  
 42 (3.60)  
 43 T: jetzt: ZIEHN wir das ganze nochmal von HINTen (--) rum auf;=  
 44 =ja?  
 45 P: hm=hm,  
 46 (--)  
 47 T: NEHM: wir ma AN, (--)  
 <<p>es WÄ:Re (1.27) (es wäre) PSYCHisch;>  
 49 (--)  
 50 P: ja=a,  
 51 (-)  
 52 T: und sie SELber wären ihr bester (.) SPÜRhund;=ja,  
 53 =<<p> ja,>  
 54 P: <<:-)hm=hm,>  
 55 T: SELber so (ein) (----) kriminoLOge- (-)  
 56 woNACH- (----)  
 57 WO MEIN: sie könnte WENN überhaupt das (---) sein;  
 58 (--)  
 59 P: na (.) !DIE! frage hab ich mir \*AU scho gst\*ellt-

Nachdem der Patient 57 zuvor über die bislang unbefriedigende Suche nach organischen Ursachen gesprochen hat, verschiebt die Therapeutin den thematischen Fokus auf psychische SKT/KA (Z. 47, und *WO MEIN: sie könnte WENN überhaupt das (----) sein*, Z. 57). Dazu kündigt sie einen Perspektivwechsel an: *jetz: ZIEHN wir das ganze nochmal von HINTen (--) rum auf;* (Z. 43) und lädt den Patienten zur Imaginierung eines fiktiven Szenario ein (vgl. Brünner/Gülich 2002): *NEHM: wir ma AN, (--)* (Z. 47). Dies wird imperativisch formuliert und mit dem inklusiven *wir* als gemeinsame mentale Aktivität entworfen. Die Anweisung für den Aufbau des hypothetischen Szenarios (vgl. den Konjunktiv) <<p>es WÄ:Re (1.27) (es wäre) PSYCHisch; (Z. 47) wird ausgebaut *und sie SELber wären ihr bester (.) SPÜRhund;=ja*, (Z. 52). Die Metapher "Spürhund" wird anschließend reformuliert durch *SELber so (ein) (----) kriminoLOge- (-)* (Z. 55).

Die gesamte Sequenz ist außerordentlich tentativ formuliert, dazu tragen neben den Präsequenzen und der hypothetischen Anlage die Verwendung des Konjunktivs sowie die eingeschobene Einschränkung *WENN überhaupt* (Z. 57) bei. Mittels der Reformulierungen und des Abbruchs in Z. 56 markiert die Therapeutin außerdem den Formulierungsprozess als noch im Entstehen begriffen und nicht als vorausgeplante Intervention. Sie erweckt den Eindruck, die psychosomatische KA sei eine ad hoc entwickelte Idee und nicht konstitutiver Bestandteil einer psychosomatisch orientierten Therapie. Die einzelnen Schritte werden jeweils der Ratifizierung durch den Patienten anheimgestellt (vgl. Z. 45, 50, 54), so dass durch die Zustimmung sukzessive eine Präsuppositionsstruktur legitimiert wird, die schließlich in der Frage nach psychischen KA kulminiert.

Die Metaphern "Spürhund" und "Kriminologe" rahmen die Suche und die Aufklärung bisher nicht erkannter Zusammenhänge auf eine spezifische Weise. Während die Vorstellung vom Spürhund eher einen intuitiven Zugang evoziert, verweist der Kriminologe auf professionelles, deduktives Schlussfolgern. Beides kommt zum Einsatz, wenn es um das detektivische Aufdecken von Evidenzen für problembehaftete Sachverhalte geht. Dieser Prozess wird explizit als kooperative Suchbewegung etabliert, wobei der Patient als Experte seiner Beschwerden positioniert wird und als agentivisch Handelnder im therapeutischen Suchprozess nach verborgenen Zusammenhängen eine Ermächtigung erfährt.

Diese Metaphern aus dem Bereich der kriminalistisch anmutenden Suche werden von Therapeut/innen oft verwendet, um Suchprozesse zu initiieren, in denen die Patient/innen einen neuen und unvoreingenommenen kognitiven Zugriff auf ihre partikulären Wissensbestände über Zusammenhänge vornehmen sollen, um sie in die gemeinsame Bearbeitung einzubringen. Dabei kommen auch SKT und spezieller KA zur Sprache.

Hier wie an anderen Stellen (vgl. u.a. Bsp. 4) folgt auf die Intervention der Therapeutin der Verweis auf eine bisher erfolglose Suche. Mit seiner Antwort *na !DIE! frage hab ich mir AU scho gestellt* weist der Patient, insbesondere durch den Anschluss *na* und die Akzentuierung des Demonstrativums *DIE* die Frage der Therapeutin einerseits in den Bereich des bereits Bekannten und zugleich in den Bereich des Unbeantwortbaren. Er positioniert sich selbst als umfassend reflektierender, mitdenkender Patient. (Der Verweis auf eine erfolglose Suche wird in seiner Funktionalität unter 5.6. ausführlich betrachtet.)

Ein weiterer Kontext, in dem die Suche als kriminologische Ermittlung konzeptualisiert wird, besteht darin, den Schwierigkeitsgrad der Suchprozesse nach KA herauszustreichen und damit deren Erfolglosigkeit zu rechtfertigen. Im folgenden Beispiel fragt Therapeutin 7 Patientin 22 nach Zusammenhängen zwischen einer wiederkehrenden Nackenwirbelblockierung und Emotionen.

*Beispiel (4) Pat22w-3 T7w "wie Kriminologen auf der Spur"*

((Kontext: Th. thematisiert wiederkehrende Blockierungen in Halswirbelsäure und mögliche Gefühle als Auslöser))

- 679 P: es kann aber dann au wieder (noch) e\_Folge dann (-) von VORher  
sein. (---)
- 680 ((lacht))
- 681 ich kann mich nicht erINnern,  
682 dass ich mich da geÄRgert hätt. oder- (.)  
683 dass da irgendwas WAR was mir net (.) ZUsagt; oder so.
- 684 T: [<<h>mhm?>
- 685 P: [<<pp>(das WAR nich)
- 686 T: <<h, pp>mhm? (-) (nee )>  
687 müssen wir uns nich an\_n haarn herBEIziehn;  
688 irgendwas was vielleicht konstruIERT is;  
689 das is (ja) nich ( ) sinn der SAche. (-)  
690 aber wir sind ja wie die kriminoLOGen auf der !SPUR!.
- 691 P: mhm;
- 692 T: <<p>auf der spur.> (-)  
693 ham sie das gefühl dass wir dem NÄher kommen?
- 694 P: (schnalzt) ja:?  
695 also ich hab schOn\_s gefühl dass es was bestimmtes AUS'  
696 also was bestimmtes AUSlöst-  
697 aber was;
- 698 T: <<h>mhm? (-) mhm?>

Nachdem die Patientin betont, keine Emotionen, die ihr als Auslöser plausibel erscheinen, erinnern zu können, erklärt die Therapeutin, dass es nicht darum gehe, unzutreffende Zusammenhänge zu konstruieren, aber dass man sich ja in einem gemeinsamen Suchprozess befinde: *aber wir sind ja wie die kriminoLOGen auf der !SPUR!* (Z. 12). Dies wird von der Patientin ratifiziert. Die Frage, ob dieser Prozess erfolgreich ist (*ham sie das gefühl dass wir dem NÄher kommen?* Z. 15), bejaht sie zwar und räumt ein, dass es einen Auslöser gibt (*also ich hab schOn\_s gefühl dass es was bestimmtes AUS' also was bestimmtes AUSlöst-* (Z. 17f)). Damit ist der Suchprozess generell legitimiert, die Patientin betont aber im nächsten Zug, dass sie vom "Finden" noch weit entfernt ist: *aber was;* (Z. 19). Damit dokumentiert sie ihr Engagement in der Suche, wenngleich sie die bisherige Erfolglosigkeit eingesteht.

Metaphern und Vergleiche aus dem Bereich der Kriminalistik bei der Suche nach Ungeklärtem sind häufig und zeigen sich beispielsweise auch in Formulierungen wie "etwas auf der Spur sein" (*wir waren ja LETztes mal so auf der SPUR (-) von DEM gefühl was da so da-HInter (.) hätte stecken können* (Pat14m-4, Datum nicht gezeigt)) oder Fragen von Therapeut/innen *wie (-) wann haben sie=s !ER!ste mal gemerkt* (Bsp. 6) oder *ging dem irgendwas voraus* (Bsp. 13). Gemeinsam ist diesen Therapeuteninterventionen, dass die Ursachen der

Beschwerden als Ungeklärtes relevant gesetzt werden und zugleich die Suche nach Klärung als eine neue Initiative etabliert wird. Diese wird häufig durch das inklusive *wir* als gemeinsames Unterfangen gerahmt. Dieser Prozess ist immer verbunden mit einer Ermächtigung des Patienten, der als Experte seiner Beschwerden exklusiven Zugriff auf Symptome und biographisches Wissen hat. Die Funktion des Therapeuten ist dabei die eines Fragenden, der die Antworten protokolliert, ggfs. durch Nachfragen Anteil nimmt und neue Zusammenhänge aufweist (vgl. "Hebammenkunst", Deppermann 2009). An dieser Stelle muss allerdings festgehalten werden, dass die Intervention der Therapeutin in den Beispielen 2 und 3 interaktiv im Anschluss nicht eine verstärkte Suche des Patienten zur Folge hat, sondern von den Patienten mit dem Verweis auf die bisherige erfolglose Suche beendet wird (vgl. Pat84m, Bsp. 11).

Bisweilen ist mit den Metaphern der Suche auch eine Metakommunikation über den therapeutischen Prozess verbunden, der sich ganz in den Dienst der MUS-Problematik stellt. So auch im folgenden Beispiel, in dem der Prozess als Suche nach der sprichwörtlichen "Nadel im Heuhaufen" bezeichnet wird.

#### *Beispiel (5) Pat14m-4 T7w "Heuhaufen"*

((Kontext: Familienkonstellation, die problematische Beziehung zum Vater und die Haltung des Bruders))

527 T: =<<lächelnd>wir können ja mal die (.) STÜHle tauschen,>  
 528 =<<lächelnd> [wAs würden sie DANN fragen?>  
 529 P: [((lacht))  
 530 (--)  
 531 T: hmmm?  
 532 (19)  
 533 P: mh. (-)  
 534 ich WEIß nich.  
 535 KEINE AHnung.  
 536 T: =schwIERig; gell?  
 537 P: schon.  
 538 T: ja;?  
 539 .hh es is wie (.) wie so die NAdel im HEUhaufen suchen; ne?  
 540 (--)  
 541 T: aber ich DENK so zuSAMMEN- (-)  
 542 P: könnt\_s schOn funk(tioNIERN).  
 543 T: ja:?(2.4) ehm (4.4) ja (1.2)  
 544 wie hat denn die MUTter damals reagiert. ((Themenwechsel))

Der Kontext dieser metaphorischen Typisierung des Suchprozesses ist etwas speziell, insofern die Therapeutin den Patienten auffordert, an ihrer Stelle Fragen an sich selbst zu formulieren. Dieser begründet mit dem Account *ich WEISS nich* (Z. 534) die Nichtbeantwortung, worauf hin die Therapeutin die gestellte Aufgabe als *schwierig; gell?* (Z. 536) bewertet. Indem sie so eine Rechtfertigung für die nicht geleistete inhaltliche Erfüllung der relevant gesetzten Aufgabe liefert, solidarisiert sie sich mit dem Patienten.<sup>9</sup> Auf diesen ersten Teil einer Bewertungspaarsequenz folgt die Ratifizierung des Patienten (Z. 537, siehe auch das Rückversicherung fordernde *gell* der Therapeutin). Das ist eine eher schwachübereinstimmende zweite Bewertung, und die Therapeutin baut im folgenden Redezug die Evaluation "schwierig" durch einen metaphorischen Vergleich aus: *ja, .hh es is wie (.) wie so die NAdel im HEUhaufen suchen; ne?* (Z. 538). Das Comparans bleibt mit "es" unbestimmt, bezieht sich aber nicht mehr nur auf die Aufgabe, Fragen zu formulieren, sondern nimmt das Geschehen im Therapiegespräch insgesamt in den Fokus. Das Comparandum wird mit dem Phraseologismus *eine Nadel*

<sup>9</sup> Diese Äußerung hat allerdings verschiedene potenzielle Funktionen, so qualifiziert die Therapeutin ihre eigene Aufgabe als Fragende als schwierig und lässt sich das vom Patienten ratifizieren.

*im Heuhaufen suchen* als eine akribische, potentiell frustrierende Suche mit ungewissem Ausgang bestimmt. Der Patient, der gerade eine entsprechende Aufgabe nicht erfüllt hatte, wird durch die metaphorische Qualifizierung des Suchprozesses im therapeutischen Geschehen als diffizil entlastet.

Den Slot für eine Erwiderung dieser pessimistischen ersten Bewertung lässt der Patient jedoch – zumindest verbal – verstreichen (Z. 539). Erst als die Therapeutin im nächsten Zug mit einem adversativen *aber* eine gegenläufige und damit positivere Einschätzung projiziert, steigt der Patient ein. Den ersten Teil der Äußerung der Therapeutin *aber ich DENK so zUSAMMEN* (-) (Z. 541) vervollständigt er durch *könnt\_s schOn funk(tioNIERN)* (Z. 542). In einer eindrucksvollen syntaktischen Kokonstruktion konsentiert der Patient nicht nur die vorgeschlagene Konzeptualisierung des therapeutischen Geschehens als gemeinsame Suche, sondern ratifiziert darüber hinaus ein generelles Arbeitsbündnis mit der Therapeutin. Mit diesem Appell an die Unterstützung durch die Therapeutin heilt er gleichsam rituell die vorausgegangene Zurückweisung der Aufgabe und wehrt den Eindruck von mangelnder Kooperativität ab.

Die therapeutische Funktionalität der besonderen Rahmung der Gespräche durch die Verwendung extremer Metapher, die eine intensive, zielorientierte Suche beschreiben, kann – zumindest bei der Betrachtung der lokalen interaktiven Konsequenzen – aus therapeutischer Perspektive kritisch diskutiert werden. Wie Beispiel (5) zeigt, kann sie das Arbeitsbündnis der Beteiligten stärken. Sie kann jedoch auch, wie Beispiel (3) und (4) sichtbar machen, die bisherige Erfolglosigkeit der Suche in den Fokus ziehen.

Für die Metaphorik der Suche lassen sich weitere Belege finden. In den Beispielen des folgenden Unterkapitels erscheint die Suche in Zusammenhang mit der Initiierung eines neuerlichen Suchprozesses nach Auslösern zu Beginn der Beschwerden.

### 5.3. *Frage nach Zusammenhängen durch Therapeut/innen*

Nicht immer initiieren die Therapeut/innen eine Suchbewegung metakommunikativ, indem sie sie explizit als solche benennen, sondern leiten sie auch mittels entsprechender Fragen ein. Das folgende Beispiel aus dem ersten Gespräch mit Patient 14 illustriert ein solches Vorgehen.

Der Patient leidet unter Magen-Darmbeschwerden mit Durchfällen und Übelkeit. Es handelt sich um das erste Gespräch, in dem die Therapeutin u.a. die Beschwerden exploriert, wie es im Behandlungsmanual vorgesehen ist. Nachdem die Therapeutin zuvor die aktuelle Befindlichkeit des Patienten, den Zusammenhang mit Stress und den groben zeitlichen Verlauf erfragt hat, fokussiert sie in Zeile 199 erste Anzeichen der Beschwerden und geht damit zurück an den Beginn der Erkrankung.

#### *Beispiel (6) Pat14m-1 T7w "erste Mal gemerkt"*

194 P: also diese ÜBelkeit die kam halt immer mal WIEder so; (.)  
 195 und dann immer ÖFters;  
 196 und dann wars auch ECHT schlIMM. (1.0)  
 197 Th: hm=hm?  
 198 (1.5)  
 199 wann (-) wann haben sie=s !ER!ste mal gemerkt irgendwas STIMMT  
 nicht.  
 200 (4.0)  
 201 P: ((Mikrophonstörung)) (das muss) sepTEMBER gewesen sein.  
 202 (dass\_s mir) (-) MORgens ganz übel war. (-)  
 203 echt.  
 204 und (.) ich KONnts mir nich erKLÄren (einfach).  
 205 (1.0)  
 206 T: MORgens (.) ÜBelkeit war\_s ERste [was ihnen AUFgefallen ist.  
 207 P: [( )]



208 P: ja (--)  
 209 T: mhmh? (--)  
 210 T: .h und ham sie (.) DA irgend\_ne erINnerung,  
 211 in welcher situaTION das war,  
 212 (1.5)  
 213 P: ich glaub MOR(gens;)  
 214 also:- (.)  
 215 ich kann mich: an keine bestimmte SAche so erINnern,  
 216 (die irgnwas) (.) außergeWÖHnliches (wär).  
 217 T: hm=hm (2.0)  
 218 okAY  
 219 =ich hatte sie ja gEstern gefragt nach äh:m (-- ) nach  
 zuSAMmenhängen,

Die Therapeutin fordert den Patienten auf, sich an den Zeitpunkt des ersten Auftretens der Beschwerden zu erinnern. Mit der Formulierung *wann haben sie=s ERste mal gemerkt irgendwas STIMMT nicht.* (Z. 199) etabliert sie die Exploration der Beschwerden als eine kleinschrittige, detektivische Rekonstruktion. "Merken, dass etwas nicht stimmt" verweist auf die diffuse Wahrnehmung einer Abweichung von der Normalität; das, was abweicht, wird nicht spezifiziert, sondern bleibt mit dem Indefinitpronomen "irgendwas" semantisch unaufgefüllt und eröffnet so eine Suchbewegung, die offen ist in alle Richtungen. Dies wird deutlich im Kontrast zu einer neutraleren anamnestischen Formulierung wie z. B. "wann sind die Beschwerden das erste Mal aufgetreten?".

Der Patient beantwortet das erfragte WANN mit *sepTEMBER* (Z. 201) und benennt das, was nicht gestimmt hat, mit morgendlicher Übelkeit (Z. 201). (Das anschließende *echt* (Z. 203) beteuert und bekräftigt möglicherweise die Stärke des Übelseins.) In der nächsten Äußerung *und (.) ich KONnts mir nich erKLÄren (einfach)* (Z. 204) wird die Ursache für die Übelkeit als "Unerklärliches" qualifiziert. In diesem Zug zeigt sich, dass der Patient die von der Therapeutin initiierte Exploration in den Kontext der Ursachenerklärung setzt. Nach dem Zeitpunkt gefragt, betont er nach dessen Nennung darüber hinaus sein Bemühen um eine KA. Damit greift er die Etablierung der Ursachenexploration durch die Therapeutin als Suche nach etwas Unerklärlichem auf und formuliert implizit die Aufgabe, die er bearbeitet, als die Suche nach der Normalitätsabweichungen, dem Rätselhaften als KA für das erste Auftreten der Beschwerden (zu Formen der impliziten Verstehensdokumentation vgl. Deppermann/Schmitt 2010).

In der Fremdformulierung, mit der die Therapeutin die Patientenangaben reformuliert und der Ratifizierung anheimstellt, stellt sie *MORgens (.) Übelkeit* (Z. 206) heraus und wählt in der Äußerung *s\_ERste [was ihnen AUFgefallen ist.* (Z. 206) erneut ein Verb der Wahrnehmung, mit dem sie die Perzeption der Beschwerden als Auffälligkeit relevant setzt. Die vom Patienten genannte fehlende Ursachenerklärung wird nicht aufgegriffen und ist damit in ihrer Relevanz – für den Moment, wie wir später sehen (vgl. Z. 220) – abgewählt.

Nach der Bestätigung durch den Patienten setzt die Therapeutin die Exploration fort, indem sie nach Erinnerungen an die Situation des ersten Auftretens fragt (Z. 211). Der Patient wiederholt mit *ich glaub MORgens* (Z. 213) die Tageszeit, die er bereits genannt hatte (vgl. Z. 203) und die die Therapeutin bereits mittels der Reformulierung als Wissensbestandteil dokumentiert hatte. Nach dem *also*, das als Reformulierungsindikator weitere Erklärungen projiziert, betont er, sich an keine *bestimmte SAche*, die (*irgnwas*) (.) *außergewöhnliches (wär)* (Z. 215f) erinnern zu können. Hier wird wiederum deutlich, dass der Patient für die Antwort eine Suche nach auffälligen Abweichungen von der Normalität vollzieht.

Den Abschluss dieser Sequenz markiert die Therapeutin mit dem Diskursmarker *okAY* (Z. 219), der ihre gesprächsstrukturierende Rolle ebenso wie die protokollierende Zurkenntnisnahme der Angaben kontextualisiert. Im folgenden Gesprächsschritt nun thematisiert sie die Zusammenhänge (zwischen Beschwerden und Ursachen). Diese hatte der Patient be-

reits in Z. 204 angesprochen, waren aber von ihr nicht aufgegriffen worden, womit ihre Gesprächsstrukturierende Aufgabe noch einmal sehr deutlich wird. Indem sie die beiden Aspekte schrittweise abfragt, trennt sie die Beschwerdenwahrnehmung von der Ursachenerklärung. Das erreicht sie, indem sie in ihren explorierenden Nachfragen Aussagen des Patienten über Ursachen zunächst ausblendet, um sie in Z. 220 explizit zu thematisieren. Damit ist bereits eine zweifache Absage von P erfolgt, dass etwas Außergewöhnliches stattgefunden habe, das Erklärungen für Beschwerden liefern könnte.

Insgesamt wird deutlich, dass und wie die Therapeutin den Explorationsprozess als kleinschrittig sich entfaltete Suchbewegung mittels "detektivischer" Fragen anlegt. Sie etabliert ein Arbeitsbündnis, das in der gemeinsamen Suche nach dem Ungeklärten besteht, deren kooperative Struktur interaktional darin zum Ausdruck kommt, dass sie von der Therapeutin strukturiert und mit dem partikularen Wissen des Patienten aufgefüllt wird.

Dieses Vorgehen, das Auffinden von KA im Therapiegespräch als gemeinsame, arbeitsteilige Suche zu konzeptualisieren, ist mehrfach zu finden. Das Ungeklärte wird als Unerklärliches relevant gemacht und als "missing link" zwischen Körpererscheinungen und möglichen Ursachen zum Thema. Indem, wie im obigen Beispiel, das erste Auftreten in den Blick genommen wird, startet die neuerliche Suche am Beginn der Beschwerden. Damit werden alle bisherigen – erfolglosen – Erklärungsversuche ausgeblendet und eine unvoreingenommene Bearbeitung kontextualisiert. Die Therapeut/innen elizitieren damit oft explizit KA, wie im folgenden Beispiel sichtbar wird.

*Beispiel (7) Pat14m-1 T7w "ALLertollste Kindheit"*

((Klärung der genaueren Umstände der Wiederbegegnung mit dem Vater))

262 P: dAraufhin hat sich (dann ja auch) mein VAtter gemeldet;  
263 (---)  
264 T: der hat sich bei !IHN!en gemeldet dann;  
265 P: <<p>(schon)>  
266 T: <<p>hm=hm,>  
267 (2.8)  
268 T: und (---) was DENken sie.  
269 könnte das dAmit zuSAMmenhängen o[der;;  
270 P [ich denk SCHON;  
271 =also:-  
272 ich hatt nich grad so die (.) ALLertollste kindheit mit ihm,  
273 (---)  
274 und (--)  
275 ich könnt\_s mir SCHON vorstellen;  
276 T: <<pp>(ja)>  
277 (1.75)  
278 T: <<pp>(mhm)>  
279 P: ((lacht leise durch die nase))  
280 T: wie KÖNnte das mit der ÜBelkeit und dem DARM zu[sammenhängen?  
281 P: [ich weiß nich.

Der Patient hat bereits in einem Vorgespräch einen Zusammenhang zwischen der belastenden Vaterbeziehung und seinen aktuellen Reizdarmbeschwerden angedeutet. Die (suggestive) Frage der Therapeutin, ob die Wiederbegegnung mit dem Vater in Zusammenhang mit dem ersten Auftreten der Beschwerden stehen könnte (Z. 268f), bejaht der Patient, wobei er mit *ich denk SCHON*; eine Formulierung wählt, die den epistemischen Anspruch eher niedrig stuft. Daran schließt er ein Begründung für diese Annahme an: *ich hatt nich grad so die (.) ALLertollste kindheit mit ihm*; (Z. 272). Die Qualifizierung der Kindheit als *nich grad so die (.) ALLertollste* dient als ein Euphemismus für eine "schlechte" Kindheit. (Die Begründung wirkt wie eine Rechtfertigung, was darauf verweisen könnte, dass er die Frage der Therapeutin als Hinterfragung interpretiert.) Der Patient macht explizit, warum die Wiederbegegnung

belastend war und somit als Stressauslöser für die Erkrankung in Frage kommt. Mit diesem Argument "schlechte Kindheit" bedient er sich eines populären Erklärungsmodells im Rahmen psychosomatischer SKT, das er damit zum einen grundsätzlich anerkennt und zum zweiten auch für seinen Fall als zutreffend in Erwägung zieht. Nach längeren Pausen, in denen die Therapeutin den Turn nicht aufgreift und deren Raum für weitere Elaborationen auch der Patient verstreichen lässt, fragt die Therapeutin *wie KÖNnte das mit der Übelkeit und dem DARM zusammenhängen?* (Z. 280). Das ist eine schwierige Frage, die mitten in das Zentrum psychosomatischer Zusammenhängen zielt und vom Patienten als nicht beantwortbar zurückgewiesen wird (Z. 281).

Suchbewegungen werden also nicht nur explizit durch die Verwendung entsprechender Metaphern initiiert, sondern auch durch ein kleinschrittiges Erfragen von Zusammenhängen, ersten Beobachtungen und Zusammenhängen etabliert. Dabei wird häufig der status quo ausgeblendet und eine neue eruierende Annäherung relevant gesetzt.

#### **5.4. Suchbewegungen von Patient/innen nach Zusammenhängen**

Nicht nur Therapeut/innen, auch Patient/innen bedienen sich Bildern und Metaphern der Suche im Zusammenhang mit ungeklärten KA. Das folgende Beispiel (8) stellt einen eher indirekten Fall einer Suchbewegung dar, indem es in mehreren Schleifen die belastenden Beschwerden als Zeichen für eine körperliche Fehlfunktion anführt. Das Beispiel stammt aus dem dritten Therapiesgespräch und von einem Zeitpunkt, an dem eine umfangreiche Diagnostik stattgefunden hat und nun Therapieoptionen diskutiert bzw. ausgeschlossen werden. Es liegen einige negative Befunde der organischen Diagnostik vor, und die Patientin befürchtet, unverrichteter Dinge wieder nach Hause entlassen zu werden. So halten aufgrund negativer Befunde die Ärzte eine in Erwägung gezogene OP nun doch nicht für angezeigt, in die die Patientin jedoch große Hoffnungen gesetzt hatte, was sie in der Therapiestunde thematisiert.

#### **Beispiel (8) Pat7w-3 T3m "stimmt doch was nicht"**

*((Die Patientin befürchtet, dass aufgrund der negativen Befunde der organischen Diagnostik eine Operation ausgeschlossen wird, auf die sie große Hoffnungen setzt.))*

340 P: wenn ich dauernd AUFstoße,  
341 es [kommt ja IMMer wieder zuRÜCK,  
342 T: [hm=hm-  
343 hm=hm- (-)  
344 P: ja ich mein dann IS es schon n sicheres ZEICHen;  
345 dass [da (.) was nicht STIMMT, (-)s  
346 T: [hm=hm-  
347 hm=[hm-  
348 P: [auch wenn ich TEE trinke;  
349 und das KOMMT wieder zurück;  
350 IS doch schon [irgendwo was dass das nich HINHaut;  
351 T: [hm=hm;  
352 hm=[hm,  
353 P: [auch zu HAUse war das;  
354 ich hab geGESSen- (--)  
355 ANschließend (.) [geTRUNKen; (---)  
356 T: [hm=hm-  
357 P: kommt ALLes: zuRÜCK;  
358 =da STIMMT [doch irgendwo was nich. (-)  
359 T: [hm-  
360 hm=hm-  
361 P: ich mein auch als LAie macht man sich irgendwo=  
362 =DENK man-(-)  
363 [es STIMMT was nich wenn das wieder zuRÜCK kommt. (-)  
364 T: [(natürlich);

365 T: <<p> das das> \*öh [IS auch nicht normal;  
 366 P: [das !DARF! normalerweise nicht [SEIN dass:-  
 367 T: [das-  
 368 RICHTig.  
 369 jaha,

Hier ist es die Patientin, die Rätselhaftigkeit evoziert. Es fallen Formulierungen auf, in denen bestimmte Körperreaktionen evaluiert werden als Zeichen dafür, dass "etwas nicht stimmt" (Z. 345, Z. 358, Z. 362), "etwas nicht hinhaut" (Z. 350) und "das nicht normal ist" (Z. 366). Obwohl diese Formulierungen unbestimmt bleiben, macht die Patientin durch die Fokussierung auf körperliche Fehlfunktionen den somatischen Deutungsrahmen deutlich, in dem sie die Ursachensuche einfordert. Die Formulierung "das darf normalerweise nicht sein" und der Hinweis, dass man selbst als Laie diese Fehlfunktion erkennen könne, hat einen starken appellativen Charakter. Es drückt sich ein starkes Bedürfnis danach aus, dass das Nicht-Normale und das Ungeklärte vom Therapeuten als solches anerkannt werden. Das Ziel der Patientin ist es, zu einer geteilten Einschätzung darüber zu gelangen, dass medizinische Maßnahmen angezeigt sind, der Therapeut hingegen bemüht sich (hier und an anderen Stellen) deutlich zu machen, dass er die Beschwerden als Erkrankung anerkennt, sich daraus aber noch keine OP als Behandlungsoption ableiten lässt.

Die Verzweiflung der Patientin angesichts dieser ungeklärten Zusammenhänge wird sehr deutlich. Sie hat eine dezidiert somatische SKT und ist für psychosomatische KA nicht offen (vgl. a. 5.5). Es gelingt dem Therapeuten im Laufe von fünf Sitzungen nicht, alternative Erklärungsmodelle überhaupt zu thematisieren geschweige denn zu vermitteln (vgl. Stresing 2011). Auffällig ist, dass hier keine gemeinsame Suche etabliert wird, sondern lediglich auf ungeklärte Zusammenhänge verwiesen wird, mit dem Ziel der Legitimierung der Erkrankung und einer weiteren medizinischen Behandlung. Diese Form lässt sich ungleich schwerer für die therapeutische Annäherung an psychosomatische Zusammenhänge nutzbar machen.

Im folgenden Beispiel nutzt die Patientin vorangegangene Befunde als Evidenzen für das Vorliegen einer körperlichen Erkrankung. Diese Erkrankung wird als Besitz gerahmt und von der Patientin in der Ursachensuche geltend gemacht, um die für sie akzeptable Suchrichtung zu definieren.

#### *Beispiel (9) Pat80w-2 T6w "ich HAbE was"*

158 T: jetzt nochmal zurück zu dieser HIRN[schädigung;  
 159 P: [.hhh  
 160 T: des war des WURD vor drei jahren FESTgestellt [dass da-  
 161 P: [ja,  
 162 und es is noch DA,  
 163 T: und und (-) wissen sie woher das KAM (-) [(äh wie),  
 164 P: [nein des wissen die  
 NICHT,  
 165 P: [un:d äh:m (.) jetzt tun sie so als hätt ich GAR nix  
 166 T: [hm=hm,  
 167 P: un des find ich nich in ORDnung  
 168 weil ich HAbE was;  
 169 P: [ich hab was orGANisches;=  
 170 T: [hm=hm,  
 171 ich hab nicht GAR nichts;  
 172 P: [oKAY es ist KLEIN,  
 173 T: [hm=hm,  
 174 P: (-) und die wissen nicht wo sie\_s HIN tun solln,  
 175 (-) aber aber (.) ich HAB was,  
 176 und ich bin der meinung dass des (.) dass meine beschwerden von  
 DEM kommen;

Den Befund einer *HIRNschädigung* (Z. 158), den die Therapeutin aus vorangegangenen Aussagen der Patientin zitiert und weiter erfragt, setzt die Patientin mit den Ursachen für die aktuellen Beschwerden (u.a. brennende Schmerzen) in Verbindung (Z. 176). Dieser Zusammenhang wird von den momentan behandelnden Ärzten, die mit der 3. Pers. Pl. (die/sie) kollektiv als Gegenpartei konstruiert werde, nicht gesehen bzw. sogar geleugnet (*des wissen die NICHT, un:d äh:m (.) jetzt tun sie so als hätte ich GAR nix* (Z. 164f) und *die wissen nicht wo sie\_s HIN tun solln*, (Z. 174). Die Patientin macht dann einen Gegensatz zwischen "etwas haben" und "nichts haben" auf:

- *ich hab nicht GAR nichts*; (Z. 171)
- versus
- *weil ich HABE was*; (Z. 168)
- *ich hab was orGANisches*; (Z. 169)
- *aber aber (.) ich HAB was* (Z. 175)

In dieser Dichotomie zwischen "ich hab was (Organisches)" gegenüber "ich hab nicht gar nichts" wird ein klarer kausaler Zusammenhang zwischen Beschwerden und organischen Ursachen postuliert, mit dem andere Erklärungen ausgeschlossen werden. Wie schon im vorherigen Beispiel wird die Kausalität zwischen Beschwerden und Ursachen in einem legitimierenden Argumentationszusammenhang postuliert, die Patientin unterstellt der Gegenpartei, mit der Negierung des Hirnschadens als KA ihre Beschwerden und damit eine weitere medizinische Behandlung insgesamt zu delegitimieren.

### 5.5. *Ausschlussverfahren*

Ein ebenfalls häufig anzutreffendes Muster in den Suchbewegungen ist das Ausschlussverfahren, bei dem angeführt wird, dass Faktoren, die eine psychosomatische KA plausibel erscheinen lassen würden, bei der Betroffenen nicht vorliegen. Damit werden psychosomatische Zusammenhänge grundsätzlich anerkannt, aber für den eigenen Fall abgelehnt.

Patientin 7 (vgl. a. Bsp. 8) leidet seit 3 Jahren an massiven Reizdarmbeschwerden, die der Anlass für den derzeitigen Klinikaufenthalt sind. Gegen Ende des ersten Gesprächs resümiert der Therapeut die bisherigen Aussagen der Patientin als ein somatisches Ursachenmodell.

#### *Beispiel (10) Pat7w-1 T3m "tpsychisch kann ich mir nich vorstellen"*

2286 =un ich: WEIß nich wie DES eigent[lich (---) WEITergeht [jetz:-  
 2287 T: [hm=hm; [aber sie  
 verMUTen schon dass IRGendwie ne: ne orGANische erKRANKung;  
 2288 die bisher nichts öh: so RICHTig h. (-) öh diagnostiZIERt worden  
 ist [(bisher);  
 2289 P: [=ja.,  
 2290 P: ver!MUT!e ich [mal;  
 2291 T: [mhmh,  
 2292 [ich KANN\_S nicht FEST[legen;  
 2293 T: [hmhm- [hmhm;  
 2294 P: des: WILL ich auch nicht [aber; (--)  
 2295 T: [hm-  
 2296 P: ich ver!MUT!e es eher;  
 2297 T: <<p>hm=hm;> (-)  
 2299 P: denn (-) TSYCHisch kann ich mir nich VORstelln,=  
 2300 =weil (.) WIE gesagt ich hab viel [SPORT gemacht;=  
 2301 T: [hm=hm-  
 2302 P: =ich hab mich viel ABgelenkt, (---)  
 2303 ich hab meine KINDer wo ic[h:-  
 2304 T: [hm=hm;  
 2305 P: also- (--)  
 2306 T: ja; (--)

2307 P: von DER seite her EIGentlich !NICHT!;  
 2308 un ich HAB auch (.) kEine schlechte KINDheit gehabt;  
 2309 P: [=um auf den PUNKT zu [komm:;  
 2310 T: [hm=hm; [(lacht leise))  
 2311 P: ja(\*h),  
 2312 nebenBEI(\*h) nur ge[sagt;  
 2313 T: [ ja.  
 2314 hm=hm;  
 2315 P: und- (---)  
 2316 wir sin GLÜCKlich verHEIRat mein mann und ich;=  
 2317 =wir sin ZWANZig jahre zu!SAMM!; (--)  
 2318 wir ham ALLES DURCH;  
 2319 [=un; (-)  
 2320 T: [hm;  
 2321 P: also (sonst) GIBT\_S keine;=  
 2322 T: =hm=hm; (-)  
 2323 T: so DASS das eigentlich gar nicht plauSIBel [is eigentlich;  
 2324 P: [!NEIN!

Der Therapeut formuliert sein Verständnis der somatischen SKT der Patientin als Frage, wobei er neben der Verstehensdokumentation auch eine Ratifizierung einholt: *aber sie verMUTen schon dass IRGendwie ne: ne orGANische erKRANKung; die bisher nichts öh: so RICH-Tig h. (-) öh diagnostiZIERT worden ist [(bisher); (Z. 2286). Das wird von der Patientin bestätigt (Z. 2289). Im Anschluss relativiert diese den Geltungsanspruch, indem sie mit dem Verb "vermuten" (Z. 2290) die Worte des Therapeuten aufgreift und betont, *es nicht festlegen zu können* (Z. 2292) und auch nicht zu wollen (Z. 2294). Abschließend wiederholt sie noch einmal die Qualifizierung des Geltungsanspruchs als Vermutung (mit starker Akzentuierung) *ich ver!MUT!e es eher; (Z. 2296).**

Im nächsten Zug schließt sie eine Begründung für diese Überzeugung an: *denn (-) TSYCHisch kann ich mir nich VORstelln*, und nennt, mit *weil* eingeleitet, folgende Dimensionen:

- *ich hab viel SPORT gemacht;= (Z. 2300)*
- *ich hab mich viel ABgelenkt, (Z. 2302)*
- *ich hab meine KINDer (Z. 2303)*
- *un ich HAB auch (.) kEine schlechte KINDheit gehabt; (Z. 2308)*
- *wir sin GLÜCKlich verHEIRat mein mann und ich; (Z. 2316)*

Mit diesen Angaben erläutert die Patientin ex negativo die psychosozialen Belastungen, die ihrer Meinung nach eine psychosomatische SKT rechtfertigen würde und expliziert damit salutogene Vorstellungen. Der Therapeut dokumentiert (durch die konsekutive Konjunktion *so dass* deutlich als Schlussfolgerung aus den Ausführungen der Patientin markiert) sein Verstehen in diesem Sinne: *so DASS das eigentlich gar nicht plauSIBel is eigentlich; (Z. 2323).*

Bei der Nennung "schlechte Kindheit" kommt es zu einem kurzen gemeinsamen Schmunzeln, der Therapeut lacht leise, als die Patientin mit den Nachtrag *=um auf den PUNKT zu [komm:; (Z. 2309)* andeutet, dass sie hier einen Topos abhakt. Das leise Lachen des Therapeuten ratifiziert die Aussage als ironischen Kommentar und Distanzierung, beide Beteiligte schmunzeln einvernehmlich (vgl. die Patientin in Z. 2311 *ja(\*h)*, und Z. 2312 *nebenBEI(\*h) nur ge[sagt;).*

Als Begründung für ihre Distanzierung von nicht-organischen KA vollzieht die Patientin eine Ausschlussdiagnostik in Richtung eines psychosomatischen Erklärungsmodells. Sie erläutert ex negativo, was eine psychosomatische SKT rechtfertigen würde. Dem alternativen Erklärungsmodell, das sie unter der Kategorie "psychisch" subsummiert und das sich in ihrer Konstruktion auf die Bereiche mangelnde sportliche Betätigung, fehlende Ablenkung, fehlen-

de oder belastende soziale Einbindung und "schlechte Kindheit" bezieht, erteilt sie mit dem Verweis, dass diese nicht auf sie zuträfen, eine entschiedene Absage. Dieses Alternativmodell ist ohne epistemische Einschränkungen sehr konkret formuliert. Die Patientin positioniert sich in dieser Absage als psychisch stabil und psychosozial integriert. Hier und weiteren, nicht präsentierten Stellen beharrt sie auf ihr somatisches Erklärungsmodell und schließt ein Alternativmodell (das sie hier nur unbestimmt als "psychisch" bezeichnet, Z. 2299) und demnach ihre Symptome ein Einbildung wären) emphatisch aus.<sup>10</sup>

Im folgenden Beispiel expliziert Patient 84 die Ausschlusslogik unter Bezugnahme auf die Dichotomie "Kopf" vs. "Organisch".

*Beispiel (11) Pat84m-5 T2m "Kopf"*

*((T2m zitiert im fünften und damit letzten Gespräch das am Beginn der Therapiegespräche schriftlich formulierte Ziel, die Ursachen für die Schmerzen und die Müdigkeit zu klären, und fragt, ob sich im Laufe der Gespräche und des Krankenhausaufenthalts) etwas verändert habe.))*

01 P: wenn\_s aus\_m kopf KOMMT, (-)  
02 isch der gedanke natürlich DA.  
03 KLAR.  
04 (2.06)  
05 also wenn orGANisch ni' nix is,  
06 dann wird\_s wohl (.) irgendwo in der richtung SEIN.  
07 (5.61)

Die nicht-organische Ursachenerklärung, die per Ausschlusslogik eingeräumt wird, bleibt in diesem Beispiel (wie in vielen Fällen) nur vage benannt: *es* (in *wenn\_s* (Z. 01) und in *wird\_s* (Z. 06). Auch der Grad an Gültigkeit bleibt niedrig: *wird\_s wohl (.) irgendwo in der richtung SEIN*. (Z. 06). Die implizierte starke Dichotomie wird vom Therapeuten hier aufgegriffen und entkräftet: *ich d' denk ja dass\_es so beides zuSAMMwirkt*. (Z. 06).

Die Schmerzpatientin des folgenden Beispiels befindet sich in einem anderen Stadium des Suchprozesses, sie leidet seit mehr als 10 Jahren unter starken Rückenschmerzen, für die bisher keine organischen Ursachen gefunden wurden.

*Beispiel (12) Pat22w-1 T7w "ausschließe"*

816 un ich war halt IMMer nach- (---)  
817 auf de SUCHe-  
818 <<☺>ob=s> (-- ) was (-)<<☺>orGANisches> isch aber- (---)  
819 also- (--)  
820 <<p>man kann\_s inzwischen wirklich AUSSchließe dass es (.)  
organisch isch>;

[...]

1108 P: \*h\_un als die aus=m HAUS ware- (1.50)  
1109 wollt ich dann (-) ebe (-) so e bissle kÜnschtlerisch  
WEItermache, (1.35)  
1110 ich hab dann Anfänge mit äh (-) bildhauEREI?  
1111 ma:len- (---)  
1112 <<p>un des macht mir eigentlich (.) viel FREUDE und viel SPAß>; (-)  
1113 un-  
1114 mei MANN der isch dann SO dass er mir (also) diese freiheiten (--)  
lässt. (-)

---

<sup>10</sup> Patientin 7 entfaltet im Laufe der vier Gespräche wiederholt eine dezidiert somatische SKT und schottet sich gegen alternative Erklärungsmodelle systematisch ab. Sie lässt nicht einmal Versuche des Therapeuten zu, über aus der Erkrankung resultierende psychische Belastungen zu sprechen. In ihrer Sicht ist es Aufgabe der medizinischen Institutionen, das Rätsel ihrer Erkrankung zu lösen, was diesen bisher nicht gelungen ist. Den Verlauf dieses Prozesses begleitet sie mit wechselnden Hoffnungen auf eine medizinische Lösung, die eine Besserung der Beschwerden bringen soll (vgl. a. Fußnote 15).

1115 T: hm=[hm,=  
 1116 P: [<<p>also ich kann das SCHON alles machen>;  
 1117 (1.11)  
 1118 T: hm=hm,  
 1119 (-)  
 1120 P: also ich hab \*h\_i (.) im moMENT,  
 1121 \*h\_es kAnn einfach nit aus: (.) aus der jetzige ZEIT irgendwie (.)  
       was VORliege==  
 1122 =weil- (--)  
 1123 ich bin eigentlich RUNDrum- (----)  
 1124 meine KINDer sin was gworde-  
 1125 <<p>meine> tOchter isch PHYsiotherapeutin;=  
 1126 T: =hm=hm,  
 1127 P: mei SOHN isch archiTEKT- (-)  
 1128 <<p>\*der hat e kleines> (--) BÜRo-  
 1128 (2.04) un jetzt hab ich zwei süße ENkelkinder;

Die Ausschlusslogik wird sehr deutlich benannt. Die Patientin berichtet von ihrer langwähren- den Suche nach einer organischen Ursache für die Beschwerden (Z. 817f). Da nichts ge- funden wurde, kann man es *inzwischen wirklich AUSSchließe dass es (.) organisch isch* (Z. 820). Interessant ist der Wechsel vom *ich* (Z. 815) zum *man* (Z. 820), das suchenden Ich in der 1. Pers. Sing. unterwirft sich dem gegenläufige Schlussfolgerungen ziehenden, genera- lisiertem und distanziertem *man*. Dabei bleibt der per Ausschlussverfahren ermittelte Gegen- pol unbenannt, es wird nach Organischem gesucht, welches als Ursache ausgeschlossen wird.

Im weiteren Verlauf der Suche nach möglichen nicht-organischen Ursachen durchleuchtet die Patientin verschiedene Zeitdimensionen, im vorliegenden Ausschnitt berichtet sie zu- nächst von ihrer Freude an künstlerischen Hobbys, die sie aufgenommen hat, nachdem die Kinder das Haus verlassen haben (Z. 1109f). Resümierend (vgl. *also* in Z. 1120) betont sie, dass die (auch von dieser Sprecherin mit "es" sehr vage benannte) nicht-organische Ursache der Beschwerden nicht in der derzeitigen Lebensphase liegen kann (*\*h\_es kAnn einfach nit aus: (.) aus der jetzige ZEIT irgendwie (.) was VORliege=*, Z. 1120f) und schließt mit *weil* (Z. 1122) als stützende Argumente an, dass ihre Kinder beruflich erfolgreich sind und sie jetzt auch *zwei süße ENkelkinder* (Z. 1128) habe. Auf dieser Argumentation begründet die Thera- peutin im Weiteren eine Suche in früheren Lebensphasen.

### 5.6. Verweise auf eine erfolglose Suche

In den bisherigen Analysen trat wiederholt der Verweis auf eine bereits erfolgte, nichtsdesto- trotz ergebnislose Suche auf. Dabei handelt es sich um ein wiederkehrendes Phänomen, das noch einmal genauer betrachtet und dessen interaktive Funktion detaillierter herausgearbeitet werden soll. Im folgenden Beispiel erfragt die Therapeutin mögliche Begleitumstände für das vom Patienten erwähnte Auftreten der Beschwerden an einem konkreten Tag, woraufhin der Patient seine grundsätzlichen Bemühungen um das Herstellen von Zusammenhängen betont.

#### Beispiel (13) Pat95m-1 T6w "komme nit dahinter"

745 T: am FREItag ham sie gesagt FREItag abend hätten sie beschwe' (--)  
 746 wär\_s hätten sie\_s geHABT;  
 747 und am [samstag MORgen;  
 748 P: [hm=hm-  
 749 hm=hm-  
 750 T: in (.) ABgeschwächter form;  
 751 (---) ging dem irgendwas vorAUS am freitag abend;  
 752 P: 'hm'hm  
 753 WIRKlich nit;  
 754 T: (.) hm=hm;  
 755 (3.14)



756 P: ALso;  
757 (1.16)  
758 T: kam (--) grad ÜBER sie;  
759 P: hm=hm;  
760 (2.12)  
761 ich hab mir schon SO oft wollt ich äh: (--) beziehungen (.)  
HERStellen (-) [zwischen AUFTreten der [sympTome  
762 T: [hm=hm; [ja-  
763 und (--) was VORher war unmittelbar oder [vielleicht (früher);  
764 [hm=hm;  
765 P: .h (--) komm NIT dahinter;  
766 T: (.) hm=hm;  
767 (1.34)  
768 das heißt sie suchen SELBST auch nach möglichen AUSlösern; ne,=  
769 =oder ob\_s irgend[was GIBT,  
770 P: [ja-  
771 (-) dass ich da mal daHINter komm;=  
772 T: [ja-  
773 P: =[oder dass ich SAgen kann und dann könnt ich (-) unter umständen  
des eben auch MEIde[n,  
774 T: [ja-  
775 P: oder (-) oder (.) es wär dann auch viel EINFacher dann könnt ich  
sagen heiJa KLAR,  
776 T: (.) hm=hm,  
777 P: (-) ja-  
778 T: des muss ich (.) [ANders machen (daMIT);  
779 P: [ich HAB ja vorher gERAUCHT;  
780 oder ich HAB ja vorher .h (-) äh:: w äh n:e ZEITSchrift gelesen;=  
781 =oder ich hab vorher FERNseh geschaut oder IRgendw[ie;  
782 T: [hm=hm,  
783 P: .h (--) aber (1.28) da bin i NO it dahinter geKOMmen;  
784 (1.70)  
785 T: es KÖNNten auch äh sachen sein die einem nicht so leicht  
ZUGänglich sind;=

Die Frage der Therapeutin, ob dem vom Patient zuvor berichteten Auftreten der Beschwerden etwas vorausging, verneint er entschieden (752f). Diese Aussage stützt er mit der Erklärung, dass er bereits selbst sehr oft *beziehungen (.) herstellen* wollte zwischen dem Auftreten der Symptome und den Begleitumständen (Z. 761). Seine Äußerung zeigt im Sinne einer Verstehensdokumentation, dass er die Frage der Therapeutin als Frage nach Auslösern der Beschwerden und damit nach KA verstanden hat. Er betont dabei, dass er trotz intensiver Bemühungen (*so oft*, Z. 761) bisher erfolglos geblieben ist: *komm NIT dahinter* (Z. 765).

Die Therapeutin formuliert eine Nachfrage, in der sie die Aktivitäten des Patienten als eigeninitiative Suche nach Auslösern reformuliert: *das heißt sie suchen SELBST auch nach möglichen AUSlösern; ne, =oder ob\_s irgend[was GIBT*, (Z. 768f). Der Patient bejaht und benennt das Ziel, wie schon zuvor, als *dass ich da mal daHINter komm;=* (Z. 771). Das Motiv hinter diesen Bemühungen sieht der Patient in der damit verbundenen Möglichkeit, Abhilfe zu bekommen (Kontrollüberzeugungen): *dann könnt ich (-) unter umständen des eben auch MEIde[n* (Z. 773). Er beginnt eine weitere Äußerung, in der er ansetzt, Schlussfolgerungen in Form zitierter Eigenrede aus den Erkenntnissen zu formulieren (*heiJa KLAR*, Z. 775), die aber die Therapeutin zu Ende führt, indem sie in deiktischer Verschiebung als "Ich" des Patienten spricht: *des muss ich (.) [ANders machen (daMIT);* (Z. 777). In Überlappung damit formuliert der Patient sodann beispielhafte potentiell verursachende Tätigkeiten: rauchen, Zeitschrift lesen, fernsehen (Z. 779f) und schließt mit einer dritten Verwendung des Phraseologismus "dahinter kommen" ab: *aber (1.28) da bin i NO it dahinter geKOMmen;* (Z. 784). Der Patient erkennt damit prinzipiell die Relevanz nicht-organischer Auslöser an, mit der Nennung fast schon banaler, alltagsweltlicher Handlungen als Kandidaten, die er als Auslöser in Erwägung

zieht, demonstriert er seine breite Offenheit für psychosomatische KA, selbst trivialsten Ursprungs. Zudem positioniert er die Frage der Therapeutin als naiv, da er signalisiert, dass er diese Art von simpler Erklärungssuche bereits ausgiebig und erfolglos selbst getätigt hat.

Mit diesen Darstellungen wird auf das Ungeklärte verwiesen: es gibt ein Sichtbares, die "Vorderbühne" der Körpersymptome, und dahinter liegende Auslöser, die es aufzufinden gilt. Damit einher geht eine Selbstpositionierung als engagiert Suchender, dessen intensives Bemühen jedoch bislang erfolglos war. Auf diese Weise werden die bereits vorgenommenen eigenen Bemühungen und Anstrengungen dokumentiert und zugleich die Bereitschaft zur Mitarbeit in der Suche nach Auslösern vorgeführt.

Im folgenden Beispiel handelt es sich um die Fortsetzung von Beispiel 3, in dem gezeigt wurde, wie die Therapeutin den Patienten unter Verwendung der Metaphern "Spürhund" und "Kriminologie" zur Suche nach Auslösern auffordert. Dies qualifiziert der Patient als wenig originell und erfolgversprechend, indem er betont, dass er sich diese Frage selbst schon gestellt hat. Im weiteren Verlauf belegt er diese Aussage, indem er seine erfolglose Suche schildert.

*Beispiel (14) Pat57m-2 T1w "DIE! frage hab ich mir \*AU scho gst\*ellt"*

59 P: na (.) !DIE! frage hab ich mir \*AU scho gst\*ellt-  
 60 des W\*AR scho- (-)  
 61 !AB! de erschte SITZung war des eigentlich SO==  
 62 =\*oäh- (--)  
 63 wenn ich da NEIkomm==  
 64 =und soFOTT: (-) hör-  
 65 okey es IS psychisch wegen dem [BEIN- (-)  
 66 T: [hm=hm,  
 67 P: UND ma DANN: so des: GANze=sch ding so DURCHspielt,  
 68 und ma DANN:- (----)  
 69 MACHT ma sich ja au da HEUT noch gedanke;  
 70 also ich HAB mir GRUNdsätzlich==  
 71 wenn da \*IRGendwelche beGRIFFe gf\*alle sind die ich=nicht  
 verSTANDe hab==  
 72 = h\*ab ich mir des !RAUS!kopiere lasse oder erKL\*ÄRe lasse-  
 ((zieht die Luft hörbar ein))  
 73 UN:D (.) \*öh-  
 74 MACHT sich ja daheim AU gedanke-  
 75 ma liest im INternet-  
 76 WAS es halt so MÖglichgi' keite gibt- (--)  
 77 und ich HAB (.) bis jetzt NIX gfunde;  
 79 (1.18)  
 80 P: !I! !MÖG!lich dass ich da was überSEHe hab;=  
 82 =\*ABer; (-)  
 83 ich DENKe m\*oal-

Der Patient stellt zunächst fest, dass von Beginn an (*von der erschte Sitzung, Z. 61*) eine nicht-organische Ursache seiner Kniebeschwerden angenommen wurde. Die Urheber dieser Ursachentheorie bleiben im Vagen, wir erfahren nicht, wer spricht, sondern lediglich, dass er diese Zuschreibung hört, wenn er einen nicht weiter spezifizierten Raum betritt: *=und soFOTT: (-) hör- okey es IS psychisch wegen dem [BEIN- (-)*. Dies ist als apodiktische Aussage dargestellt und nicht als begründete Diagnosemitteilung. Er kann nicht umhin, diese Theorie in Erwägung zu ziehen und sich Gedanken zu machen, und in Form einer Auflistung belegt er seine Bereitschaft dazu, indem er aktiven Wissenserwerb betrieben hat (sich Gedanken machen (Z. 69), Begriffe erfragen (Z.71), im Internet recherchieren (Z. 75)). Die Suche war jedoch bislang ergebnislos (*und ich HAB (.) bis jetzt NIX gfunde; Z. 77*), abschließend räumt er ein, dass er etwas übersehen habe mag, aber im Grunde glaube er es nicht (Z. 83).

Viele Patient/innen, die von einer erfolglosen Suche berichten, betonen damit ihre grundsätzliche Offenheit und Kooperativität. Es wird keine dezidierte Ablehnung psychosomatischer KA vorgenommen, sondern durch die beispielhaft vorgeführten Suchbewegungen die Bereitschaft belegt, entsprechenden Ansätzen nachzugehen. Im gleichen Atemzug werden dann unter Verweis auf die Ergebnislosigkeit auch psychosomatische KA zurückgewiesen (vgl. a. Stresing 2011; Burbaum/Stresing et al. 2010, die diese doppelte Bewegung, einerseits Kooperation zu dokumentieren und gleichzeitig das Zutreffen der Theorie auf die eigene spezifische Situation abzulehnen, an mehreren Fallbeispielen detailliert herausgearbeitet haben).

Auffällig ist in diesem Beispiel die Darstellung der psychosomatischen Diagnose (Z. 61-65), die zwar nicht explizit bewertet wird, deren Depersonalisierung und Unvermitteltheit sie aber implizit negativ erscheinen lässt. Der Patient kritisiert hier indirekt – anders als im kommenden Beispiel, wo eine direkte Kritik geäußert wird – die unmittelbare psychosomatische Erklärung als voreilig, da in dieser Schnelle keine solide diagnostische Abklärung erfolgen kann.

Ebenfalls auffällig ist, dass die Erfolglosigkeit der Suche nach psychosomatischen Auslösern die SKT/KA in der Weise stark prägen kann, dass eine Analogie zu somatischer Ausschlussdiagnostik gezogen wird: Wenn trotz intensiver diagnostischer Suche kein Anhalt für somatische Ursachen gefunden wird, werden psychosomatische Erklärungen in Erwägung gezogen.<sup>11</sup> Diese Logik lässt sich umkehren, wenn keine relevanten psychosomatischen Belastungen zu erkennen sind, steigt die Plausibilität von (bislang unerkannten) medizinischen Ursachen.

Im nächsten Abschnitt werden Beispiele gezeigt, in denen Patient/innen explizit eine ergebnisoffene Suche fordern.

### 5.7. Forderung nach ergebnisoffener Suche

Eine andere Perspektive der Patient/innen auf Suchprozesse wird deutlich, wenn sie eine einseitige Nahelegung des psychosomatischen Erklärungsmodells beklagen. Sie fordern eine ergebnisoffene Suche, selbst wenn sie im Prinzip psychosomatische Zusammenhänge für plausibel halten und u. U. sogar für sich als grundsätzlich zutreffend betrachten. Wie im folgenden Beispiel finden wir an mehreren Stellen in den Gesprächen Kritik und Ironisierungen eines einseitig psychosomatisch orientierten Suchprozesses.

#### Beispiel (15) Pat23w-1 T7w "SCHWUPP isch man in der PSYchoschublad"

790 T: gut sie SAgen (.) äh sie sehen die ursache (.) in der entZÜNDung?  
 791 (-- ) ähm- (-- ) SEHen aber n zusammenhang zwischen (-) seele und  
 KÖRper;  
 793 P: also die KANN ma nich trennen;=  
 794 =des hab ich jetzt halt <<lachend>[wirklich auch dass ich\_s  
 795 T: [ja:,  
 796 P: EINgestehn muss>,  
 (-- ) oder jetzt einfach eingeSTEHe,  
 797 T: hm=hm,  
 798 P: (-) dass man halt zum beispiel ja auch anfälliger is für ne grippe  
 oder für ne erKÄLTung;  
 799 [dass des (.) halt wenn man: (.) STRESS hat und;  
 800 T: [ja,  
 801 P: (-) JA des,  
 802 T: ja=a,

<sup>11</sup> Wie in der Einleitung bereits erwähnt, wird in der Fassung des Psychiatrischen Diagnosesystems DSM-V der amerikanischen Gesellschaft für Psychiatrie die bisherige Kategorie "Somatoforme Störungen" neu gegliedert und neu definiert. Künftig werden psychologische Positivkriterien, wie z.B. ausgeprägte Sorge angesichts der Körpersymptome, für die Diagnosestellung vorausgesetzt (siehe auch die Diskussion in Kapitel 7).

803 P: (--) aber ich BIN halt zt oder (.) des isch halt bei mir  
wahrscheinlich auch noch dass ich mich manchmal dann so STRÄUB  
halt,  
804 wenn\_n arzt einfach f (.) der KENNT einem vielleicht !GRAD! mal  
fünf minuten;  
805 (.) und der !KANN! schon über einem urteilen;  
806 und des GLAUB ich einfach NICH;  
807 [dass DER,  
808 T: [ja,  
809 P: in DER in fünf miNuten,  
810 der nur !GANZ! wenig SACHen (.) was jetzt gar damit hal (-) zu tun  
hat FRÄGT,  
811 (-) und dann (.) s sch SCHWUPP isch man in der PSYchoschublad;  
812 T: (.) wie wie FÜHlen sie sich dann;

Die Patientin hatte gerade Arthritis (Entzündung) als Ursache für ihre Gelenkschmerzen genannt, an anderer Stelle aber Zusammenhänge zwischen Körper und Seele postuliert. Die Therapeutin zitiert diese beiden Positionen in einen adversativen Zusammenhang (vgl. *aber*, Z. 17901) und setzt damit eine Stellungnahme relevant. Auf die letztere Relation reagiert die Patientin nun affirmierend (Z. 793) und beteuert, dass sie deren Existenz eingesteht/eingestehen muss (Z. 796, 798). Beispielhaft nennt sie ein Erklärungsmodell, das Infektanfälligkeit (Z. 798) und Stress als Belastungsfaktor (Z. 799) umfasst. An diese Konzession schließt sie nun – ebenfalls adversativ – die Schilderung eines Szenarios an, auf das sie widerwillig reagiert, nämlich auf psychosomatische Diagnosen, die auf einem voreiligen *urteilen* (Z. 805) und unzureichender Anamnese (Z. 804-810) beruhen. Dieses abzulehnende negative Arztverhalten kulminiert mit *und dann (.) s sch SCHWUPP isch man in der PSYchoschublad*; (Z. 811) in einem vorschnellen und unangemessenen Kategorisierungsprozess (vgl. a. den Phraseologismus "in eine Schublade gesteckt werden"). Was hier mit dem Onomatopoetikum *SCHWUPP* als vorschnell qualifiziert wird, charakterisiert Patient 57 (Datum nicht gezeigt) mit den Worten *DES: [(.) des LÄSST einen ja gar nit LOS wenn man die ganze zeit ZEIT [h\*at- und \*au IMMER druf gSCHOSse wird=- des !MUSS! in der richtung [sein];* als dauerhafte Insistenz von Ärzt/innen und Therapeut/innen auf eine Suche in psychosomatischer Richtung.

Hier drückt sich zum einen Kritik an voreiliger, dichotomisierender Einordnung aus, hinter der u.a. die Angst vor Stigmatisierung auszumachen ist, zum anderen auch die verständliche Sorge, dass auf diese Weise etwas Organisches übersehen wird. Im nächsten Beispiel reagiert Patient 95 sehr kritisch auf einen Fragebogen, den die Patient/innen vor Beginn der fünf Therapiesitzungen ausfüllen sollten und in dem von einem "Problem" die Rede ist.

### *Beispiel (16) Pat95m-1 T6w "problemfall"*

43 T: das heißt das ist für sie (--) greift vie:l zu  
[weit VOR bezieh[ungsweise setzt etwas vorAus (.) was gar nicht-  
44 P: [(richtig) [ja  
45 genAu (.) da wird einem schon [gesagt DU:: ] (-)  
46 T: [(<<all>was gar nicht IST>)]  
47 P: der du den frAgebogen liest du hast ein problEmfall  
äh: du bist ein proBLEMfall, (.)  
48 T: hm=hm=  
49 P: =und=äh:m (1.5) du könntest WIEder (.) IN ein problEm geraten (--)  
52 DEShalb such ich psycholOgische HILfe; (-)  
53 und dAnn (.) dA:: könnt ich schon BOckig werden, (-)  
54 ja (.) so wie ein [kleines KIND eventuell und könnt sagen; (--)  
55 T: [hm=hm  
56 P: NÖ (--) deswegen such ich KEIne psychologische hILfe;=  
57 ich such psychologische hILfe um rAUzubekommen (--) .h OB (---)  
und WENN (-) dann wELches problem [ich habe.

58 T:

[hm=hm]

Der Patient begründet seine Kritik an den Fragen damit, dass in ihnen bereits impliziert sei, dass er ein "Problem" habe, während er jedoch die Therapiegespräche beginnen will, um herauszufinden, ob überhaupt ein Problem besteht: *ich such psychologische Hilfe um rauszukommen (--).h OB (---) und WENN (-) dann welches problem ich habe.* (Z. 56). Ähnlich wie Patientin 23 in Beispiel 15, die sich gegen eine vorschnelle und einseitige Diagnose "sträubt", löst die als Kategorisierung erlebte einseitige Zuschreibung Protest aus. Patient 95 beschreibt seine eigene Reaktion hierauf als *bOckig* (Z. 53). Diesen Ärger bringt er zu Beginn der ersten Therapiestunde unmissverständlich zum Ausdruck.

Es wird u.a. deutlich, dass Patient/innen nicht-organische Erklärungen oft als dispräferierte Option kennzeichnen. Im Beispiel 15 formuliert es Patientin 23 als Eingeständnis, Patientin 22 in Bsp. 12 als Ergebnis einer Ausschlussdiagnose. Die Gründe dafür dürften vielfältig sein und zwischen befürchteter Stigmatisierung, Schuldzuweisungen, mangelnder Kenntnis der Behandlungsoptionen und fehlende Kontrollüberzeugungen sowie einer diffusen Angst vor "Geisteskrankheiten" angesiedelt sein (vgl. a. Burbaum/Stresing 2010; Peters et al. 2009; Stone et al. 2002). Bisweilen wird dieses in den Therapiegesprächen auch thematisiert und die Patient/innen nennen u.a. unklare Behandlungsperspektiven. Auch Therapeut/innen distanzieren sich explizit verbal von einer überzogenen psychosomatischen Ursachensuche und betonen, dass sie plausible, nachvollziehbare Erklärungen für die Beschwerden anstreben (s. Bsp. 4, T7: *müssen wir uns nicht an\_n haarn herBEIzieln; irgendwas was vielleicht konstruiert is; das is (ja) nicht ( ) sinn der Sache.* (-)). Bisweilen insistieren einzelne Therapeut/innen aber auch auf psychosomatischen KA, wie im Bsp. 19).

Im nächsten Kapitel werden Suchbewegungen ins Auge gefasst, denen gemeinsam ist, dass die Patient/innen die Ursachen auf unterschiedliche Weise in ungewöhnliche Bereiche ausdehnen.

### 5.8. Suche im Extremen

Die folgenden drei Unterkapitel verbindet, dass sich die Patient/innen mit ihren Suchbewegungen in eine große Offenheit hinsichtlich alternativer Erklärungsmodelle für die Beschwerden begeben. Zunächst werden Beispiele dargestellt, in denen die eigene Suchbereitschaft daran aufgezeigt wird, dass selbst ungewöhnliche Kausalitäten in Erwägung gezogen werden.

#### 5.8.1. Demonstration der eigenen Suchbereitschaft

Anhand verworfener Hypothesen entfaltet Patient 95 seine Ursachensuche als länger andauernden Prozess. Er berichtet, dass er vor einiger Zeit gedacht habe, dass die Beschwerden nur zuhause auftreten, was aber durch ihr Auftreten auch in der Klinik widerlegt wurde.

#### Beispiel (17) Pat95m-1 T6w "allergisch auf Frau"

((Patient 95 berichtet, dass er anfangs nur Zuhause Attacken hatte.))

856 (--) und jetzt kommen DIE eben seit den letzten drei vier  
AUFenthalten eben auch während dem KLInikaufenthalt vor;

855 T: (.) hm=hm,

856 P: so dass der REIM (.) nimmer AUFgeht;

857 ich hab immer gemeint des HÄNGT (.) des isch dann doch  
belastungs[ABhängig vielleicht irgendwie; .h

858 T: [zu HAUse ( ) als in der KLInik;

859 [aha-

860 P: [geNAU;

861 (--) in der k' oder auch mit dem beschützten RAH:me[n;;

862 T: [hm=hm,

863 P: hier bin ich (.) wohl behÜtet-

864 zu hause bin ich NICHT wohl behütet;

865 [.h und und und so WEIter (war [des);  
866 T: [hm=hm,  
867 [hm=hm,  
868 P: (--) oder geDACHT (-) ja vielleicht (--) reagier ich allergisch  
auf meine FRAU womöglich,  
869 T: hm=[hm,  
870 P: [weiß es der GEIer,  
871 (--) nee (-) meine frau war net einmal (.) war sie am freitag DA,  
872 (---) nee,  
873 (.) war am freitag gar nit DA,=  
874 =[also: (-) hab hätt ich DA:, (.)  
875 T: [hm=hm,  
876 T: hm=hm,  
877 P: am SAMStag war sie da (.) am samstag NACHmittag am sonntag nachmi  
878 ich hab mich (-) TOLL gefühlt;=  
879 =ich fühl mich jetzt immer noch TOLL;  
880 (2.36) vielleicht reagier ich ne woche SPÄter darauf all[ergisch;  
881 T: [hm=hm,  
882 P: ich WEIß es nit;  
883 (--) kEine AHnung;  
884 ich [komm nit DRAUF,  
885 T: [das heißt sie sind sie versuchen alle (-) M[ÖGlichkeiten;  
886 P: [alle möglichen  
konstellaTIO[nen: un (ach);  
887 T: [durchzudenken  
und SUchen (-) selbst (auch) [sehr aktIV; (-) ja,  
888 P: [ich (KOMM gar nich nach);  
889 (-) weil [des muss doch\_n grund HAben,  
890 T: [zusammenHÄNgen;  
891 (4.01)  
892 P: oder soll ich mal AUfHörn;  
893 T: (---) woMIT denn;  
894 P: mit SUchen;  
895 T: hh  
896 P: (mal nur so he peh?)  
897 (2.39)  
898 T: gut der EIne zusammenhang dass sie  
899 wenn sie:: äh (.) zu hause (sagen) sie s (---) sie sind  
ANgespannter;

Nachdem die Beschwerden auch im Krankenhaus auftreten und der *REIM* (.) *nimmer AUfgeht*; (Z. 856), den er sich auf Be-/Entlastungsumstände gemacht hat, nennt der Patient als weitere Überlegung, ob er womöglich auf seine Frau allergisch reagiere (Z. 868). Das widerlegt er jedoch sogleich anhand der Tatsache, dass sie beim letzten Auftreten der Beschwerden gar nicht anwesend war (Z. 871f). Diesem Argument widerspricht er aber auch sofort wieder durch die Überlegung, dass er eventuell zeitversetzt allergisch reagiere: *vielleicht reagier ich ne woche SPÄter darauf allergisch*; (Z. 880). Dieses Rasonnement ist immer wieder mit Ausdrücken des Nichtwissens durchsetzt *weiß es der GEIer*, (Z. 870), *ich WEIß es nit*; (--) *kEine AHnung*; *ich komm nit DRAUF*, (Z. 882ff). Der Patient illustriert die Suche als beständigen Wandelprozess, bei dem sich Ereignisse und mögliche Erklärungen schneller einstellen und wieder auflösen, als er nachvollziehen kann: *ich (KOMM gar nich nach)*; (Z. 888). Als Negation der Negation schlägt der Patient schließlich sogar vor, die Suche gänzlich einzustellen, und legt damit nahe, dass die Suche selbst als Auslöser in Betracht zu ziehen ist (Z. 892ff). Durch den wiederholten Verweis auf sein Nichtwissen und das Durchspielen verschiedenster SKT/KA bringt der Patient zudem die Anstrengung und Langatmigkeit der Suche zum Ausdruck.

Ob der Patient diese KA ironisiert oder tatsächlich ernst meint, ist nicht zu klären, auf jeden Fall aber zeigt er damit, dass er selbst abwegig erscheinende Zusammenhänge bereit ist in Erwägung zu ziehen, und demonstriert seine maximale Offenheit bei der Suche. So jedenfalls versteht ihn die Therapeutin, sie paraphrasiert das Gehörte als Bereitschaft zu einer aktiven, nach allen Seiten hin offenen Suche (Z. 885). Die Ratifizierung dieser Interpretation durch den Patienten wird eindringlich an der syntaktischen Weiterführung der von der Therapeutin begonnenen Konstruktion deutlich: *das heißt sie sind sie versuchen alle (-) MÖG[lichkeiten [durchzudenken (Z. 885) und P: [alle möglichen konstellaTIO[nen: (Z. 886).*

Die Überlegung, die Suche gänzlich zu suspendieren, deckt sich z.T. mit psychologischen Erklärungsmodellen für somatoforme Störungen, wonach die andauernde Beschäftigung mit den Symptomen und die Suche nach Erklärungen selbst problematisch werden kann, wenn die Patient/innen eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit und eine gesteigerte Beschäftigung mit und katastrophisierende Interpretation von eigenen Körperempfindungen aufweisen. Diese können im Sinne von Teufelskreisen die Symptomatik aufschaukeln (vgl. u.a. Kleinstäuber et al. 2012). Dennoch zeigt die kontextuelle und interaktionale Einbindung in diesem konkreten Fall, dass der Patient weniger auf diese fachmedizinische Theorie Bezug nimmt, sondern die eigene Suchbereitschaft und Suchanstrengung bis ins Absurde bzw. ins Nichts steigert. Dabei hat der Verweis auf die möglicherweise problematische Auswirkung der Suche die Funktion, die vorherigen ausführlichen Suchbewegungen zu beenden. Die Therapeutin greift diese Punkte im Anschluss entsprechend nicht auf, sondern verschiebt die Perspektive zurück auf die Exploration der Anspannungen (Z. 898f).

Ähnliches lässt sich im folgenden Beispiel feststellen. Der Patient, der seit einigen Jahren unter Knieschmerzen leidet und psychosomatische Ursachen für wenig wahrscheinlich hält (vgl. a. Bsp. 14), wird von der Therapeutin gefragt, in welchem Bereich am ehesten Belastungen vorliegen könnten.

*Beispiel (18) Pat57m-2 T1w "Pony"*

99 T: was glauben sie SELBer welche-  
100 P: \*ich W\*EIB=-  
101 ich w\*eiß: [SELBer-  
102 T: [wenn man AN-  
103 wenn man unterSTELLen würde es WÄR was;=  
104 =ja?  
105 was sie SELBer sagen würden- (---)  
106 !WENN! dann am ehesten in DEM bereich-  
107 oder DA==  
108 =<<leise>oder->  
109 (---)  
110 P: <<ausatmend, p>puh->  
111 (---)  
112 P: also SCHLECHte erfAHRunge hab ich EIGentlich (--) RELativ  
WENige gmacht;  
113 (-)  
114 mei schlechte erfAHRungen waren dass ma\_mei PONY (.) vergiftet  
hat;  
115 (-)  
116 T: <<leise>aha->  
117 P: des WA:R-  
118 des war e SCHLECHte erfahrung;  
119 (---)  
120 T: wann WAR das?  
121 (-)  
122 P: <<p>des WEIß=i nimmer->  
123 (---)  
124 des WEIß=i nimmer;





350 ich hab mich ja schon n\_bisschen (.) SCHLAU gemacht drüber;  
 351 T: hm=hm,  
 352 P: ich könnt mir schOn vorstellen dass es so was IS. (-)  
 353 T: können\_sich VORstellen.  
 354 P: also es (-) KAM (halt) (.) in dEr zeit echt (.) viel zu[SAMMn.  
 355 T: [ja.  
 356 P: leider,  
 357 T: ja.  
 358 <<p>und sie sind Eher'>  
 359 sie schILDern sich ja als nen mENschen;  
 360 der (.) eher das nach INnen geht?  
 361 außen RUHIG?  
 362 (1.3)  
 363 und innen siehts vielleicht Anders AUS?  
 364 P: .h also so be!WUSST!? (--)  
 365 würd ich auch nicht sagen dass ich jetzt drinnen (.) total  
 zerRÜTte(l)t bin;=  
 366 P: [=aber unterbewusst vielleicht schON;  
 367 T: [hm=hm?

Die Therapeutin verfolgt hier weiter die Frage nach dem WIE des Zusammenhangs zwischen den Beschwerden und den drei belastenden Ereignissen (vgl. a. Bsp. 5-7), die für den Patienten als Auslöser in Frage kommen: *wie kann das jetzt mit den beschwERden und dem DARM zusammenhängen. mit der ÜBelkeit.* (Z. 343). Damit erfragt die Therapeutin die SKT des Patienten, allerdings nicht, ob er einen Zusammenhang sieht (das hatte er ja bereits assertiert), sondern wie dieser Zusammenhang ist. Der Patient hat zu diesem Zeitpunkt bereits mehrfach betont, dass er eine Kausalbeziehung zwischen Belastung und Beschwerden annimmt, wie diese jedoch im Detail aussehen, führt in fachmedizinische Domänen und ist eine Frage, die allenfalls die Therapeutin als Expertin beantworten können sollte. Es handelt sich also um eine didaktische bzw. rhetorische Frage, die sich dadurch auszeichnet, dass die Fragende die Antwort kennt.

Der Patient antwortet mit Verweis auf sein Nicht-Wissen, verwendet dazu aber eine in Bezug auf die interaktionale Dimension interessante Form: <<p>ich> (--)(\*h) FRAg\_s mich auch (Z. 345). Damit wird die Frage der Therapeutin als ernsthafte Wissensfrage behandelt (er fragt es sich selbst auch) und der Patient kooperiert mit der von der Therapeutin etablierten gemeinsamen Suche nach dem Ungeklärten, auch wenn er die Frage als bislang unbeantwortet zurückweist.

Spätestens mit dem nächsten Zug der Therapeutin wird unübersehbar, dass wir es hier nicht mit einem Frageverfahren zu tun haben, das dem Verstehenszuwachs der Fragenden dient (vgl. Spranz-Fogasy/Lindner 2009), sondern die Gewissheit des Patienten zu prüfen scheint. Die Therapeutin reetabliert mit <<f>das ist ja der KÖRper? <<©>und das andere ist ja eher so die SEEle;> (Z. 346) die Frage, die der Patient bereits als nicht-beantwortbar bezeichnet hat, und realisiert ein insistierendes, forcierendes Nachfragen. Sie spezifiziert die fraglichen Zusammenhänge mit einem Leib-Seele-Dualismus, die Lächelstimme kontextualisiert die Frage entweder als nicht-ganz-ernst-gemeint oder soll das insistierende Nachfragen abmildern.

Im weiteren Verlauf postuliert der Patient die Existenz stressbedingter Erkrankungen mit einer typischen Existenzkonstruktion: *also es gibt ja auch (.) stressbedingte erKRANKungen.=(so.)* (Z. 349). Er legitimiert dieses Wissen durch den Verweis auf seine Recherche *ich hab mich ja schon n\_bisschen (.) SCHLAU gemacht drüber;* (Z. 350). Auch hier vermeidet er fachmedizinisches Terrain, da er einen sehr allgemeinen Zusammenhang konstatiert und die schwierige Frage nach dem WIE des Zusammenhangs ausblendet. Mit dem Phraseologismus "sich schlau machen" erhebt er einen Geltungsanspruch, der nicht auf einem umfassenden, fachlich-systematischen Wissenserwerb o.ä. basiert, sondern ein typisch alltagsweltliches

Vorgehen zur Lösung konkreter, relativ begrenzter Probleme darstellt: man macht sich schlau. Das resümierende *ich könnt mir schOn vorstellen dass es so was IS*. (Z. 352) zeichnet sich durch breite epistemischen Offenheit aus (vgl. den Konjunktiv, die vage Referenz *SO WAS* und die Einschränkung "sich etwas vorstellen können" anstatt es zu "wissen").

Die Therapeutin schlägt nun eine Diskrepanz zwischen der Selbstaussage "ein ruhiger Mensch" zu sein und einer davon abweichenden inneren Befindlichkeit vor (Z. 359ff). Diese beiden Ebenen greift der Patient auf und betont, dass er *be!WUSST!* nicht *totAL zerRÜTte(l)t* sei, *aber unterbewusst vielleicht schON*; (Z. 366) (vgl. a. Stresing 2011). Mit dem Verweis auf das Unbewusste, das für eine aktive Ursachensuche eben nicht offen steht, entzieht er sich Forderungen der Therapeutin nach der Explikation von Zusammenhängen, die seine Expertise überschreiten. Der Patient entlastet sich gewissenmaßen mit dem rettenden Sprung ins Unbewusste.

Auch in folgendem Beispiel geht es darum, Körpererscheinungen als Zeichen zu deuten und auch hier dient der Rekurs auf das Unbewusste als Erklärung für einen plausiblen, aber letztlich nicht gefühlten Zusammenhang.

#### *Beispiel (20) Pat95m-1 T6w "unbewusst angst"*

658 P: .h und DANN: komm ich in die phase rein  
 659 wo ich dann wirklich anfang zu ZITtern,  
 660 T: (.) hm=hm,  
 661 P: (2.84) ich wirklich FRIEre von INNen heraus;  
 662 (---) ein (der OBER)typisches zeichen von ANGST,  
 663 (--) aber (---) ich NICHT bewusst sagen kann jaWOHL ich hab ANGST,  
 664 (.) ich hab KEIne probleme damit zu sagen ich hab angst wenn ich  
       angst HAbE;  
 665 [wenn ich beWUSST angst hab[e;  
 666 T: [hm=hm; [hm\_hm  
 667 hm=hm-  
 668 P: (--) vielleicht hab ich UNterbewusst (--) UNbewusst angst und ich  
       WEIß es nich;

Der Patient beschreibt typische körperliche Beschwerden wie Zittern und Frieren, die er als typische Angstsymptome bezeichnet (Z. 662). Da er aber *bewusst NICHT* (Z. 663) Angst spürt, räumt er ein: *vielleicht hab ich UNterbewusst (--) UNbewusst angst*; (Z. 668). (Das wird im gemeinsamen Deutungsprozess im weiteren Verlauf mit der Therapeutin noch genauer herausgearbeitet.) Hierbei handelt es sich durchaus um eine etablierte medizinisch-psychologische Krankheitstheorie, die vier Ebenen der Angst (Kognition, Physiologisch, Emotional, Verhalten) unterscheidet und der zufolge Angstsymptome, insbesondere bei Panikstörungen, häufig zunächst als körperliche Störung imponieren (z.B. Schneider/ Margraf 1998). Der Patient rahmt diese Überlegungen jedoch nicht als Fachwissen (zu dem er als Krankenpfleger Zugang haben dürfte), sondern als persönliche Überlegungen. Anders als Patient 57 in Beispiel (14) entzieht er sich nicht den insistierenden Nachfragen der Therapeutin, sondern demonstriert maximale Offenheit hinsichtlich psychosomatischer Zusammenhängen.

#### 5.8.3. Überpsychosomatisierung

Dass diese Offenheit bisweilen absurde Züge annehmen kann, soll abschließend am folgenden Beispiel gezeigt werden. Es handelt sich um das vierte Gespräch, in dem die Therapeutin über lange Passagen hinweg ihre Deutung zu vermitteln versucht, dass Patient 14 Gefühle der Enttäuschung über seinen Vater verdrängt habe. In diesem Zusammenhang hatte der Patient einen gemeinsamen Nachmittag mit Vater und Bruder geschildert, während dem er sein Taschenmesser in einer Blumenwiese verloren hat. Am Abend bekam er dann einen ersten starken Heuschnupfenanfall. Diese Situation liegt zum Zeitpunkt des Gespräches viele Jahre zu-

rück. Der Patient ist aktuell wegen unklarer Darmbeschwerden in Behandlung. Die Sitzung ist fast vorbei und die Therapeutin fragt den Patienten nach einem abschließenden Fazit.

*Beispiel (21) Pat14m-4 T7w "heuschnupfen"*

130 T: ich DENK wir WÄren jetzt so (.) für HEUTE (.) so am ENde,  
131 (-) dann (--) was WÜrden sie so als=als FAzit von HEUTE (.) so  
NEhmen?  
132 P: ((lacht leise)) ich überLEG grad die GANze ZEIT ob mein  
HEUSchnupfen nur wegen dem TASchenmesser is.  
133 T: der\_s HEUSchnupfen nur wege=m [Taschenmesser,  
134 P: [ja, schON,  
135 (das wär) auch ZIEMlich (---) DUMM;  
136 find ich.  
137 T: =wenn ich DAS jetzt pro=äh beHAUpTen würde;  
138 was WÜrden sie Sagen.  
139 (2.0)  
140 P: wie kann man das ÄNdern. ((lacht))  
[...]  
165 T: ja,  
166 hm=hm,  
167 klAR? (--)  
168 man kann jetzt nich ALLes so herBEIziehen;  
169 und SAgen das liegt DA und DAdran;  
170 P: (schON.)  
171 (1.5)  
172 T: KOMisch is es,  
173 MAL krIEGT man [ganz viel pollen AB, (.)  
174 [(P hustet)  
175 sie haben in den jahren VORher so viel Pollen abgekriegt;  
176 vielleicht an=nem ANderen tag ÄHnlich viele,  
177 in den (.) FOLgenden JAhren, (-)  
178 es KOMmt oft was zuSAMmen.  
179 (1.5)  
180 nich JEder kriegt ne GRIPpe wenn (.) wenn so die GRIPPewelle  
kommt,  
181 da muss also noch IRgendwas daZU kommen.  
182 P: schON.

Kurz vor Ende der Sitzung bringt der Patient eine SKT ein, der zufolge die Enttäuschung über den Verlust seines Taschenmessers seine Blütenallergie ausgelöst haben könnte. Diesem unterliegt eine simplifizierte Analogie zu dem Erklärungsmodell, das die Ärztin vertreten hatte, wonach die Enttäuschung über den Vater zu den persistierenden Magen-/Darmbeschwerden geführt haben könnte, deretwegen der Patient in die Klinik kam. Der Patient überträgt hier das in den Gesprächen mit der Therapeutin erworbene Modell, dass sich eine emotional enttäuschende Situation in körperlichen Beschwerden zeigen kann.<sup>12</sup> Es handelt sich also um eine Krankheitstheorie, die durch die von der Therapeutin angeleiteten Suchbewegungen ausgelöst wurden. Dahinter steht, wie so häufig bei KA, die Hoffnung auf Linderung und die Erwartung, dass man über die Bearbeitung der Ursache die Folgen in den Griff bekommen könnte: *wie kann man das ÄNdern.* (Z. 140).

Der Patient dehnt die psychosomatische Suche auf Bereiche aus, die über seine aktuellen Beschwerden hinausgehen. Dem folgt die Therapeutin nicht; mit eher alltagsweltlichen Erläu-

---

<sup>12</sup> Da die Therapeutin beim Sprechen über die beiden Situationen (Enttäuschung über den unzuverlässigen Vater und Enttäuschung über den Verlust des Taschenmessers) insbesondere die Schwierigkeit des Patienten fokussiert hatte, die eigenen Gefühle von Wut auszudrücken, war diese Analogie bereits gebahnt.

terungen<sup>13</sup> spricht sie seiner Theorie die Plausibilität ab : *man kann jetzt nicht ALLES so herBEziehen; und SAgen das liegt DA und DA dran; (Z. 168f)*. Für den Patienten ist es vermutlich schwer zu unterscheiden ist, wann ein offener Suchprozess angemessen ist und wann nicht, hatte man zuvor doch genau das getan, was die Therapeutin nun ablehnt.

Das Ungeklärte führt in einzelnen Fällen zu einer extremen Ausweitung der Suche in Bereiche, deren Plausibilität zum Teil in den Gesprächen selbst wieder hinterfragt wird. Das Erwägen potentieller negativer Erlebnisse beispielsweise, die dann jedoch vom Sprecher nicht als Belastung anerkannt werden, demonstriert Kooperation bei der Suche, auch wenn es nicht zielführend ist. Das Unbewusste erweist sich als ein Topos für Zusammenhänge, die nicht im Erleben der Patient/innen repräsentiert sind, und auch hier wird die Bereitschaft demonstriert, für ungewöhnlichen Zusammenhänge offen zu sein, wenngleich der Geltungsanspruch eingeschränkt bleibt. Im Zuge der Übertragung von durch die Therapeutin etablierte psychosomatische Zusammenhänge auf andere Beschwerdebereiche zeigt sich der Patient in hohem Maße als suszeptibel und baut sogar Heilungshoffnungen darauf auf, die jedoch von der Therapeutin als unangemessen delegitimiert werden. Hier zeigen sich überraschende Funktionen von SKT/KA, die über die reine Erklärung von Beschwerden weit hinaus weisen.

Nachdem mittels einer materialreichen Analyse verschiedene Aspekte der interaktiven Bearbeitung von SKT/KA exemplarisch vorgestellt wurden, sollen im Folgenden die Ergebnisse noch einmal in Bezug auf sechs theoretische Dimensionen reflektiert werden.

## **6. Kausalattributionen in Suchbewegungen**

Im Folgenden sollen die "Fundstücke" bzw. KA, die im Rahmen der Suchbewegungen für die körperlichen Beschwerden in Erwägung gezogen werden, kurz beschrieben werden (6.1). Unter KA werden hier die vermuteten Ursachen der Entstehung der Beschwerden verstanden, die in den Gesprächen z.T. jedoch nicht eindeutig zu trennen sind von Faktoren, die die Beschwerden lediglich verschlimmern oder einen sonstigen Einfluss auf die Beschwerden haben. Anschließend werden einige Dimensionen vorgestellt, hinsichtlich derer sich die Fundstücke sowie die Art und Funktion ihrer Darstellung beschreiben lassen (6.2-6.6).

### **6.1. Inhaltliche und funktionale Ebene von Kausalattributionen**

Eine Herangehensweise an die Erforschung von KA in der qualitativen Forschung ist eine inhaltsanalytische Erstellung von Erklärungskategorien, wie dies Peters et al. (1998) bei Patient/innen mit somatoformen Beschwerden durchgeführt haben. Eine vergleichbare systematische inhaltsanalytische Kategorienerstellung der in den hier untersuchten Gesprächen genannten KA ist nicht das Ziel unserer Analysen gewesen; jedoch wurden während der Analyse der Suchbewegungen zahlreiche Attributionen identifiziert, die in die von Peters et al. (1998) ermittelten Erklärungskategorien subsummiert werden können.

Um folgende KA als mögliche Ursachen oder Einflussfaktoren kreisen die Suchbewegungen in den Gesprächen inhaltlich (die Zusammenstellung geht über die präsentierten Gesprächspassagen hinaus):

- körperliche Fehlfunktionen, Konstitution, Erbbelastung oder ein geschwächtes Immunsystem,
- eine noch nicht diagnostizierte Erkrankung,
- Stress und Belastungen,
- Faktoren einer schädigenden Lebensführung,
- Umwelteinflüsse und Nahrungsmittelunverträglichkeiten,

---

<sup>13</sup> So erläutert beispielsweise auch Patientin 23 den von der Therapeutin erfragten Zusammenhang von "*seele und KÖRper*";: *dass man halt zum beispiel ja auch anfälliger is für ne grippe oder für ne erKÄLTung*;".

- psychosoziale Belastungen in der Kindheit, in Familie, Partnerschaft oder im Beruf,
- psychische (auch unbewusste) Probleme (z. B. Ängste) oder psychiatrische Störungen,
- einschneidende biographische Erfahrungen von Verlust und Trauma, darunter schwerwiegende Krankheitserfahrungen.

Es werden jedoch nicht nur pathogene Einflussfaktoren genannt, sondern im Zuge der Darstellungen im Umkehrschluss salutogenetische Faktoren wie eine gute Kindheit, kein Stress oder Belastungen als Argumente für die Deplausibilisierung somatischer Ursachen angeführt. Es lassen sich aus den Daten mit einem gesprächsanalytischen Vorgehen auch salutogene Vorstellungen herausarbeiten, was bei den bislang vorliegenden Untersuchungen zu SKT/KA kaum im Fokus stand. Diese Aspekte müssen in weiteren Studien noch vertieft werden (vgl. a. Kap. 5.5. für erste Überlegungen).

Wie sich in Fragebögen nach KA mehrere, mitunter sogar gegensätzliche Erklärungen für die eigenen Beschwerden ankreuzen lassen, finden sich oft innerhalb eines Gesprächs ein breiter Fächer verschiedener KA, die zumeist in Form von Hypothesen geäußert werden: Es sind Erörterungen und argumentative Passagen, in denen die Patient/innen nach Erklärungen suchen, die Argumente für und wider erläutern, ihre Sichtweise plausibilisieren und Schlussfolgerungen ziehen. Dass dabei mitunter sich gegenseitig ausschließende Attributionen als (möglicherweise) zutreffend gerahmt werden, wird in den Gesprächen selten problematisiert.

Diese KA werden in den Gesprächen affirmierend aufgeführt oder auch in negierter Form genannt. Letzteres erscheint uns auch deshalb ein wichtiger Punkt, weil negierte KA von Fragebogenuntersuchungen, die lediglich ein Ankreuzen als zutreffend oder nicht-zutreffend erfassen, nicht in ihrer argumentativen Relevanz berücksichtigt werden können. Ein Faktor kann schlicht als nicht zutreffend beurteilt werden, oder sein Nicht-Zutreffen genutzt werden, um eine bestimmte SKT zu plausibilisieren. Erst gesprächsanalytisch zeigt sich, dass die Argumentation mit potentiellen, gerade als nicht zutreffend gekennzeichneten Kausalfaktoren SKT ganz wesentlich prägen (vgl. z. B. Pat7w).

Dass eine klare Einteilung in KA, denen Patient/innen im Gespräch zustimmen oder die sie ablehnen, aus gesprächsanalytischer Perspektive nicht sinnvoll ist, wurde bereits an anderer Stelle (Stresing 2011, Burbaum/Stresing et al. 2010) dargestellt (vgl. a. 6.6, zu Modalisierungen und Distanzierungsformen, mit denen die Patient/innen den Gültigkeitsanspruch der KA rahmen). Wie problematisch eine rein inhaltliche Bestimmung von KA sein kann, wird an einer Passage deutlich, in der ein Patient sein Gefühl bezüglich der Symptome beschreibt, dass Böses der Urheber der Symptome sei: "eine böse Macht", "wie ein Wurm", "ein Teufelchen". Gerahmt sind seine Ausführungen durch die einleitende Rückversicherung gegenüber der Therapeutin, angesichts der folgenden Überlegungen bitte nicht zu lachen. Abschließend versichert er erneut, dass diese Beschreibung metaphorisch gemeint sei (und nicht als Ausdruck einer psychiatrischen Störung gewertet werden soll).

Es lassen sich darüber hinaus noch weitere Aspekte anführen, die nicht direkt unter KA zu fassen sind, aber sehr wohl einen Teil der SKT ausmachen und indirekt auf Fragen der Ursache zu beziehen sind. So beeinflussen frühere Erfahrungen mit diagnostischen Suchprozessen die derzeitige Sicht der Patient/innen auf die Beschwerden maßgeblich. Insbesondere zwei Erfahrungen werden wiederholt thematisiert:

- a) Patient/innen führen frühere Diagnosen und Erkrankungen an, die sie mit den aktuellen Beschwerden in einen Zusammenhang stellen. Sie zeigen sich irritiert, dass eine frühere Diagnose (selbst wenn diese aus medizinischer Sicht möglicherweise das Ausmaß der Beschwerden gar nicht erklärt, als Verlegenheitsdiagnose gestellt oder vom Patient/innen missverstanden wurde) nicht mehr gültig sein soll (vgl. Bsp. 9).
- b) Umgekehrt schildern einige Patient/innen, dass ihnen bei früheren Erkrankungen psychosomatische Erklärungen nahegelegt wurden, jedoch später eine somatische Diagnose gestellt worden sei. Beispielsweise berichtet Patient 57 von Rückenbeschwerden,

deren Ursache Ärzte lange Zeit als psychosomatisch deklarierten, bis schließlich ein Gleitwirbel entdeckt wurde (auch hier ist es gleichgültig, ob die damalige Diagnose die Beschwerden ausreichend erklären konnte oder nicht). In Folge ist er psychosomatischen Ursachenzuschreibungen für die derzeitigen Beschwerden gegenüber eher skeptisch und hält eine Wiederholung der Fehldiagnose für möglich.

Die Irritation, die beide Erfahrungen im Rahmen der SKT auslösen können, sind sowohl psychologisch nachzuvollziehen, als auch gesprächsanalytisch in den Suchbewegungen rekonstruierbar (z. B. Bsp. 9, Pat80w "ich HAbE was"). Gleichzeitig wird an diesen Darstellungen wiederum die Funktionalität der Darstellung von Krankheitstheorien deutlich: dargestellte Krankheitstheorien bezüglich früherer Erkrankungen erklären nicht nur eine bereits vergangene Krankheit, sondern rücken die aktuelle Erklärungssuche in ein bestimmtes Licht. So dienen beispielsweise die ausführlichen Darstellungen früherer körperlicher Beschwerden von Patientin 7 nicht nur als aktuelle Krankheitsanamnese; indem sie immer eine körperliche Ursache als Erklärung für frühere Beschwerden benennt und eine frühere Unterstellung, sie habe selbst zur Aufrechterhaltung der Beschwerden beigetragen, von dem späteren Ursachenfund widerlegen lässt, schafft sie den Kontext, in dem sie die aktuelle Suche verortet wissen will.

### **6.2. Zeitliche Verortung der Suchbewegungen: Von der Kindheit bis zu aktuellen Lebenssituation**

Die in den Gesprächen genannten KA lassen sich durch ihre zeitliche Verortung unterscheiden. Die Patient/innen suchen eine jeweilige Ursache oder einen Auslöser – in den Gesprächen ist dies häufig nicht klar zu unterscheiden – in der aktuellen Lebenssituation, in einer früheren Lebensphase bis hin zu frühkindlichen Erfahrungen.

Die Kindheit fungiert in der Erklärungssuche geradezu als Topos. In psychotherapeutischer Perspektive gelten negative frühkindliche Erfahrungen als mögliche Auslöser von psychischen Problemen; dies hat eine weite alltagweltliche Verbreitung gefunden, allerdings mit einer entsprechenden Komplexitätsreduktion. Der Topos der schlechten Kindheit als Belastung und Ursache von psychosomatischen Störungen fungiert in der Erklärungssuche der Patient/innen als eine Kategorie, der sie sich zuordnen (Bsp. 7) oder die sie – im Sinne einer Ausschlussdiagnostik – als nicht auf sich zutreffend kennzeichnen (vgl. Bsp. 10). Das Argument einer guten oder schlechten Kindheit kann somit als mögliche Erklärung für oder gegen eine somatische oder psychosomatische KA in Anschlag gebracht werden.

Viele Suchbewegungen kreisen um potentielle Ursachen für die Beschwerden in der Zeit unmittelbar vor dem ersten Auftreten oder dem Wiederauftreten der Symptome (vgl. Bsp. 13). Diese Form der Suchbewegung wird – wie in Bsp. 6 und Bsp. 13 – häufig durch eine Frage der Therapeut/innen initiiert. Wie in den Analysen gezeigt wurde, behandeln die Patient/innen die Frage nach dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden häufig als Frage nach den Ursachen und schließen beispielsweise mit dem Verweis auf eine unbelastete Zeit und weitgehend glückliche Lebensumstände zum Beschwerdebeginn eine stressbedingte Erkrankung aus.

Einige Patient/innen nehmen die aktuelle Lebenssituation als Bezugspunkt, z. B. um zu betonen, dass sie gegenwärtig nicht belastet sind (vgl. Bsp. (12)). Das kann in Zusammenhang mit der unter Kapitel 5.5. beschriebenen Ausschlussdiagnostik stehen. Wenn die eine Periode keine Anhaltspunkte liefert, kann das dazu führen, dass die Suchbewegung auf die Kindheit als zeitliche Suchperiode für Erklärungen ins Visier genommen wird. Ebenso findet sich der umgekehrte Fall, dass diese Periode kategorisch mit dem Verweis auf eine glückliche Kindheit ausgeklammert wird und die Suchbewegung auf andere Phasen verlagert wird.

### **6.3. Abstraktionsniveau der Kausalattributionen: abstrakt bis konkret**

Die im Rahmen der Suchbewegungen relevant gemachten KA lassen sich hinsichtlich ihres Abstraktionsniveaus bzw. ihrer Spezifität unterscheiden.

Auf dem Pol "Abstraktion" finden sich sehr globale Erklärungen, wie in der von Patient 84 genannten Dichotomie "Kopf" vs. "Körper": *des was !JETZ! so war; ((T: ja-)) des isch mehr vom KOPF, (1.09)((T: ja-)) vorher war=s der KÖRper und jetzt isch=s mehr der KOPF;* (Bsp. 11). Solche globalen KA fungieren oft als Platzhalter für spezifischere, jedoch (noch) nicht verfügbare Erklärungen, sie dienen als Richtungsbestimmung, in der gesucht werden soll. Letztlich können alle Erklärungen, in denen die Ursache in der "Psyche" oder im "Un(ter)bewussten" verortet wird, als eine Art Etikett fungieren, das selbst nur ein Suchgebiet definiert. In diesen Passagen wird häufig erst noch grundsätzlich ausgehandelt, auf welche Gebiete sich die Suche erstrecken soll oder darf (vgl. a. Bsp.10).

In einer weiteren Annäherung an mögliche Ursachen für die Beschwerden kreisen die Suchbewegungen in allgemeiner Form um potentielle Auffälligkeiten, Probleme und Belastungen. Hier werden globalere Begriffe wie Stress oder Ärger etc. genutzt, oder es finden sich fachbegriffnahe Bezeichnungen wie "stressbedingte Erkrankung" oder Diagnosenamen (z. B. Fibromyalgie oder Schmerzsyndrom), die ebenfalls keine genaue Ursache beinhalten.

Schließlich finden sich auf diesem Kontinuum am Pol spezifischer Erklärungen sehr konkrete, in der persönlichen Lebens- und Erfahrungswelt verankerte Ereignisse und Situationen als potentielle Erklärungen für die Beschwerden. So kreisen die Suchbewegungen um vorangegangene Krankheitserfahrungen oder Diagnosen wie z. B. um eine früher diagnostizierte Hirnschädigung (Bsp. 9), Erlebnisse in der Kindheit (Bsp. 18) oder um die aktuelle Lebenssituation (Bsp. 12).

#### **6.4. Komplexität der Kausalattributionen: monokausal bis mehrdimensional**

Eine weitere Unterscheidungsdimension stellt der Komplexitätsgrad der KA dar: Dieser reicht von simplen Ursache-Wirkungsmodellen hin zu komplexen Zusammenhängen mit mehreren Faktoren und Ebenen. Einen einfachen Ursache-Wirkungszusammenhang stellen Patient/innen beispielsweise auf, wenn sie überlegen, ob ein bestimmtes Ereignis, eine Tätigkeit, eine Erkrankung oder ein Umweltfaktor für das Auftreten der Beschwerden verantwortlich sein könnte. Hier wird ein isolierter Auslöser oder Faktor herangezogen. Dies hängt eng mit der vorangegangenen Dimension der Spezifität zusammen, denn je konkreter eine Ursache benannt wird, desto direkter wird eine Kausalität hergestellt (z. B. bei einem noch nicht entdeckten Entzündungsherd, vgl. Bsp. 15). Auch dichotomische Vorstellungen von psychosomatischen Wirkungszusammenhängen, wie sie nicht nur Patient/innen, sondern auch Therapeut/innen in den Gesprächen vertreten, begünstigen einfache, ja geradezu reduktionistische Kausalzusammenhänge. Mitunter ist dies mit einer mechanistischen Vorstellung der Reparatur oder Wiederherstellung der Funktion verbunden.<sup>14</sup> Die Annahme einer bestimmten, noch nicht entdeckten Erkrankung stellt beispielsweise ein solches Muster dar und führt häufig zu der Forderung, dass diagnostisch weitergesucht werden soll.

Ein komplexeres Modell stellt beispielsweise die Annahme eines zugrunde liegenden Konzeptes wie Stress dar. So führt Patientin 23 aus, dass Stress die Anfälligkeit für Erkrankungen erhöhen könne (Bsp. 15), oder es finden sich Verweise auf ein geschwächtes Immunsystem als modulierendem Einflussfaktor. Die SKT von Patient 14 beruht auf dem Zusammentreffen von drei Stressoren, die er gemeinsam als Auslöser der Beschwerden verantwortlich macht (angedeutet in Bsp. (19), Z. 354 *also es KAM (halt) in dEr zeit echt viel zuSAMMn.*; an anderer Stelle explizit ausgeführt). Den einzelnen Stressoren spricht er zwar ab, die Ursache der Beschwerden zu sein, entwirft jedoch ein Modell, in dem das Zusammentreffen der drei Ereignisse seine körperlichen Beschwerden verursacht bzw. ausgelöst haben könnten.

<sup>14</sup> Das wird besonders deutlich an Äußerungen von Patientin 7, in denen sie es als Aufgabe der medizinischen Institutionen bezeichnet, die Funktionalität ihres Körper wiederherzustellen und sich dabei jeglicher Agentivität enthält: *"weil WIE gesagt ich: WÜNSCHTe mir dass man das in ORDnung bringen KANN,"*, *"WENN das jetzt nich in ordnung gebracht werden kann-,"*, *"ich möcht nur EINS dass das in !ORD!nung gebracht wird;"*.

Vereinzelt entstehen im Laufe der Gespräche auch neue Einsichten für die Patient/innen. So erzählt Patient 95 z. B. an einer Stelle im Gespräch ausführlich von den emotionalen Folgen einer schweren körperlichen Erkrankung. Die Therapeutin stellt eine Verbindung der Krankheitserfahrung zu derzeitigen Befindlichkeiten her. Das bezeichnet der Patient zu einem späteren Zeitpunkt als eine wichtige Erkenntnis und plausibilisiert den Zusammenhang zu den aktuellen Beschwerden. Hier zeigt sich wieder, dass sich die Suchbewegungen in den Gesprächen über großräumige Gesprächsabschnitte erstrecken, ein Charakteristikum, das an anderer Stelle vertiefend untersucht werden sollte.

Ebenso kann auf eine andere Form der Komplexität an dieser Stelle nur verweisen werden: Die Vielschichtigkeit, Anzahl und Kombination der jeweils in Erwägung gezogenen Erklärungen scheint fallbezogen sehr unterschiedlich zu sein. Über den Gesprächsverlauf hinweg ergeben die Suchbewegungen selbst in den einzelnen Gesprächen – möglicherweise nicht nur patienten- sondern auch therapeutenspezifisch – verschiedene Muster, in denen die unterschiedlichsten Erklärungen (einfache sowie komplexere) thematisiert und abgewogen werden. Diese Perspektive kann nur fallbezogen und dann in einem weiteren Schritt fallkonstrastierend bearbeitet werden.

### **6.5. Dichotome Konzeptualisierungen**

Grundsätzlich ist zu beobachten, dass die SKT in nahezu allen Gesprächen auf eine stark dichotome Konzeptualisierung von Körper und Psyche verweisen. Den Suchbewegungen liegt zumeist ein Zwei-Komponenten-Modell zugrunde, wie es in dem Begriff der *Psycho-Somatik* selbst enthalten ist und das als Leib-Seele-Problem schon auf Auseinandersetzungen bei Platon, Aristoteles und Descartes zurückverweist. In den hier untersuchten Gesprächen etablieren übrigens nicht nur Patient/innen diese Dichotomie, sondern auch die Therapeut/innen greifen immer wieder darauf zurück, wie in den vorangegangenen Analysen mehrfach deutlich wurde.

Die folgenden Dichotomien wurden in den Analysen verwendet:

- Körper vs. Seele (vgl. Bsp. 15, 19)
- Organisch vs. Nicht-Organisch (vgl. Bsp. 12)
- Organisch vs. Kopf (vgl. Bsp. 11)
- Bewusst vs. unter- bzw. unbewusst (vgl. Bsp. 19, 20)
- Körperlich vs. Nichts (vgl. Bsp. 9)

Darüber hinaus findet sich die Dichotomie "körperlich vs. eingebildet" mehrfach in den Gesprächen: als Alternative einer körperlichen Krankheit, die den Beschwerden zugrunde liegt, konstruieren Patient/innen "nichts" oder eingebildete Beschwerden als Gegensatz. Diese Konzeptualisierung hat einen hohen appellativen Charakter und mag von den Patient/innen als Provokation genutzt werden. Sie kann jedoch gleichzeitig die Ratlosigkeit und Irritation zum Ausdruck bringen, dass eine andere Erklärung nicht im Rahmen des Vorstellbaren liegt.

Dichotomien liegen auch der Ausschlussdiagnostik (vgl. Kapitel 5.5) zugrunde, die die Patient/innen sehr häufig in den Gesprächen zur Herleitung einer KA oder zur Darstellung der Erfolglosigkeit der Suche nutzen. Patient/innen schließen mehrere typische Faktoren, die beispielsweise eine psychische Anfälligkeit oder psychosoziale Probleme nahe legen könnten, aus, positionieren sich selbst als belastbar, sozial integriert und psychisch stabil und versuchen auf diese Weise, die Plausibilität für eine körperliche Erkrankung zu erhöhen. Oder Patient/innen schließen, wie in Beispiel (10) und (13) ausführlich dargestellt, mehrere psychosoziale Erklärungen aus, demonstrieren eine erfolglose Suche und überlassen es ihrem Gegenüber, daraus im Umkehrschluss doch eine somatische Erklärung zu vermuten.

Diesen Dichotomien sowie anderen Erklärungen und der Erklärungssuche insgesamt gegenüber kann man sich auf unterschiedliche Weise positionieren, wie im folgenden Abschnitt reflektiert werden soll.



### 6.6. *Gültigkeitsanspruch und Positionierung gegenüber der Suche*

In den Gesprächen und insbesondere in den hier untersuchten Passagen der Suchbewegungen wird deutlich, dass die Patient/innen nicht einfach eine klare KA "besitzen" und diese postulieren. Vielmehr finden wir ein Gewebe von Attributionen, die in den Gesprächen thematisiert und auf ihre Plausibilität hin überprüft werden. Die in den Suchbewegungen thematisierten KA werden dabei in einem unterschiedlichen Ausmaß von Therapeut/innen und Patient/innen als zutreffend gerahmt.

Da die Patient/innen meist einen Prozess der diagnostischen Abklärung nachzeichnen, der zum Zeitpunkt des Gespräches häufig noch andauert, werden in den Suchbewegungen KA aus verschiedenen Phasen der Diagnostik präsentiert. Diese – zum Zeitpunkt des Gespräches – bereits verworfenen Erklärungen finden sich beispielsweise in Darstellungen der erfolglosen Suche. Hier werden den Therapeut/innen verschiedene frühere Erklärungsansätze präsentiert und argumentativ widerlegt. Mitunter positionieren die Patient/innen sich dabei selbst als motivierte, aktiv mitarbeitende Patient/innen, die nichts unversucht lassen, um eine Erklärung für die Beschwerden zu finden. In dem Muster der verschiedenen Erklärungen schildern und reinszenieren sie auch ihre Verwirrung und gelegentlich ihren Unmut angesichts des erfolglosen Prozesses der Diagnosefindung. Die Unabgeschlossenheit der Diagnosefindung spiegelt sich auch darin wider, dass die Gültigkeit einer Erklärung im nächsten Moment wieder relativiert werden kann. Die Patient/innen kennzeichnen den epistemischen Status der jeweiligen Ursachentheorien in unterschiedlichen Gradierungen: als mehr oder weniger gesichert, wahrscheinlich, denkbar, nahe liegend etc. (z. B. Bsp. 7 *ich könnt\_s mir SCHON vorstellen;*). Dazu dienen z. B. Verbi sentiendi wie *glauben, vermuten, annehmen, sich vorstellen*, die einen postulierten Zusammenhang beispielsweise als unsicher charakterisieren. Ferner dienen modalisierende Ausdrücke wie "wahrscheinlich" dazu, den mit der Theorie verbundenen Gültigkeitsanspruch (*wahrSCHEINlich hing das dann auch mit=em ImMUNsystem zusamm-* (Pat. 7, Datum nicht gezeigt) zu bestimmen. Auf inhaltlicher Ebene finden wir häufig eine Vagheit der Referenz (z. B. "es", vgl. Bsp. 5 und 11), und auch in der Darstellung der Beschwerden und ihrer vermuteten Ursachen bleiben die Referenzen unbestimmt. Häufig ist unklar, worauf genau sich die Ursache oder ein Einflussfaktor bezieht, ob auf die aktuellen Beschwerden oder auf gesamte Erkrankung. Auch wenn auf inhaltlicher Ebene beispielsweise eine zeitliche Assoziation hergestellt wurde, können die Gesprächsteilnehmer einen kausalen Zusammenhang in der Schwebe halten.

In den Gesprächen können die von Patient/innen präsentierten vorangegangenen Diagnosen den Charakter von Evidenzen haben: sie zitieren in medizinischem Fachvokabular eine Diagnose als objektive Tatsache. Sie können jedoch auch als Beleg für die Beliebigkeit, Unberechenbarkeit der medizinischen Diagnostik angeführt werden, als eine verwirrende Zwischenetappe, die sich mittlerweile als eine falsche Fährte oder ein Irrtum erwiesen hat. Auch hier ist wiederum die jeweilige Kontextualisierung entscheidend.

Die Urheberschaft – also wem die Theorie in den Mund gelegt wird – bestimmt häufig über den damit verbundenen Gültigkeitsanspruch. So zitieren die Patient/innen im Rahmen der Suchbewegungen Ärzte, andere Fachleute, Betroffene oder konstruieren eine andere Art von Expertenschaft. Die Präsentation einer Erklärung als fremde Meinung eröffnet ein weites Feld an Positionierungen: je nachdem, wie vertrauenswürdig, kompetent oder inkompetent die Person charakterisiert wird, kann mit dieser Darstellung die Theorie zugleich erwähnt und wieder dekonstruiert werden. Häufig bleibt die Urheber einer Theorie im *man* oder *sie* (vgl. Bsp. 9 *jetz tun sie so als hätt ich GAR nix*) unbestimmt.

Da sich bei den KA im Gespräch keine eindeutig klare Einteilung der thematisierten Erklärungsmodelle in akzeptiert oder abgelehnt treffen lässt, bilden die jeweiligen Erklärungen vielmehr verschiedene Perspektiven auf die Beschwerden ab und werden von den Patient/innen mehr oder weniger deutlich als plausibel, präferiert oder nicht präferiert gekenn-

zeichnet. Wie einseitig psychosomatische Erklärungsversuche als dispräferierte Erklärungen gerahmt werden, wurde unter 5.7 bei der Forderung nach einer ergebnisoffenen Suche bereits rekonstruiert.

Ein weiterer Aspekt ist die Frage, wie Patient/innen Erklärungsmodelle behandeln, die die Therapeut/innen einbringen. An anderer Stelle wurde gezeigt, wie Patient/innen beispielsweise psychosomatische Erklärungsmodelle der Therapeut/innen prinzipiell als sinnvoll und plausibel ratifizieren können, jedoch ihr Zutreffen auf die eigene Person und Erkrankung einschränken und in Frage stellen (Stresing 2011, Burbaum/Stresing et al. 2010). Auf diese Weise kommt es immer wieder vor, dass es in der Schwebe bleibt, in wieweit die Patient/innen eine Erklärung oder lediglich einen Teilaspekt der Erklärung ratifizieren. Diese Strategie ermöglicht es, in mehr oder minder höflicher Manier bei der eigenen Erklärungstheorie zu bleiben, ohne Nichtübereinstimmung mit dem Interaktionspartner auszudrücken. Auch in hier vorgestellten Textausschnitten verhandeln die Beteiligten im Gespräch divergierende Krankheitstheorien in gesichtswahrender Weise (vgl. Bsp. 19). Eine Strategie der Distanzierung wurde beispielsweise durch das einvernehmliche Schmunzeln der Beteiligten beschrieben, das den Verweis auf die "schlechte Kindheit" als Topos kenntlich macht, womit eine klischeehafte Ursachensuche als unangemessen markiert wird (vgl. Bsp. 10). Mit den genannten Strategien positionieren sich die Patient/innen im Gespräch gegenüber einzelnen Erklärungsmodellen und gegenüber einer (einseitig psychosomatischen) Erklärungssuche. Ferner werden in der Ablehnung bestimmter pathogener KA im Umkehrschluss salutogene Vorstellungen angeführt bzw. inferierbar.

In der folgenden Zusammenfassung werden die Ergebnisse noch einmal reflektiert und die Untersuchung der therapeutischen Bearbeitung von KA als Suchbewegungen von Patient/in und Therapeut/in bei MUS abschließend diskutiert.

## **7. Zusammenfassung und Diskussion**

In der hier vorgestellten explorativen Analyse lag der Fokus auf der Rekonstruktion eines Phänomens, das sich wie ein roter Faden durch viele der Gespräche zieht: die Suche nach Erklärungen für die körperlichen Beschwerden. Sie bildet ein weiteres Mosaiksteinchen zu einem umfassenderen Verständnis von Interaktionen in therapeutischen Gesprächen im Allgemeinen und der Bearbeitung von SKT/KA bei MUS im Speziellen. Die Inszenierung von Suchbewegungen nach einer Erklärung stellt einen wesentlichen Bestandteil der Therapiegespräche dar, und die hier untersuchte interaktive Etablierung, Bearbeitung und Aushandlung sind der Kernpunkt für die Analyse von SKT/KA bei MUS. Natürlich finden sich SKT/KA in den Gesprächen noch in weiteren Kontexten (z.B. Krankheitserzählungen) und sind nicht nur innerhalb der (eher argumentativen) Suchbewegungen zu finden; diese wurden in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt und sollten in weiteren Studien in den Blick genommen werden.

Die untersuchten Suchbewegungen zeigen die Ko-Konstruktionen von Patient/innen und Therapeut/innen, die vom spezifischen Kontext (psychosomatisches Konsilgespräch im Akutkrankenhaus) mit bestimmt werden. Bedeutung – im Sinne von einer interaktiv erarbeiteten und geteilten Sicht auf z.B. die Plausibilität von SKT/KA – wird hier gemeinsam im Gespräch konstruiert. Da SKT nicht als abgeschlossen und statisch gelten können, muss die gesprächskontextuelle und funktionale Einbettung berücksichtigt werden. Die Suchbewegungen und Attributionen im Gespräch erweisen sich als ein komplexes Gewebe mit vielschichtigen Nuancen, in das Wissen und Nicht-Wissen gleichermaßen in den Umgang mit dem Ungeklärten einfließt. Dies ist als eine zeitliche Prozessdynamik abbildbar, die für Erfassung der Komplexität und des Wesens von SKT/KA nicht ausgeblendet werden darf.

Folgende interaktive Phänomene konnten in der Analyse rekonstruiert werden:

- Es konnte gezeigt werden, dass beispielsweise auch anamnestische Fragen der Therapeut/innen zum erstmaligen Auftreten der Beschwerden von Patient/innen als Verhandlungsfeld für Ursachen- und Erklärungsmodelle behandelt werden: statt erwartbarer Krankheitserzählungen zum Beschwerdebeginn folgen in diesen Passagen argumentative Verweise auf unauffällige Umstände und eine bereits getätigte – erfolglose – eigene Suche nach Auslösern.
- Inhaltlich kreisen die Suchbewegungen um die bekannten Erklärungsmodelle für MUS: körperliche Fehlfunktionen, Konstitution, Erbbelastung oder ein geschwächtes Immunsystem, eine noch nicht diagnostizierte Krankheit, Stress und Belastungen, Faktoren einer schädigenden Lebensführung, Umwelteinflüsse und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, Psychosoziale Belastungen in der Kindheit, in Familie, Partnerschaft oder im Beruf, Psychische (auch unbewusste) Probleme (z. B. Ängste) oder psychiatrische Störungen, einschneidende biographische Erfahrungen von Verlust und Trauma, darunter schwerwiegende Krankheitserfahrungen. Die KA unterscheiden sich hinsichtlich des Abstraktionsniveaus (abstrakt bis konkret), der Komplexität (monokausal bis mehrdimensional) und der zeitlichen Verortung der vermuteten Ursachen (Kindheit bis aktuelle Lebensphase).
- In den Suchbewegungen finden sich – sowohl in den Konzeptualisierungen der Patient/innen als auch in denjenigen der Therapeut/innen – dichotome Erklärungsmodelle: Leib/Körper vs. Seele, Organisch vs. Nicht-Organisch/Kopf, Bewusst vs. unter- bzw. unbewusst. Unter Anwendungsperspektive lässt sich feststellen, dass Therapeut/innen an etablierte Topoi und populäre Krankheitstheorien der Patient/innen anknüpfen. Der Nachteil liegt in einer Simplifizierung psycho-somatischer Wirkzusammenhänge, die aktuellen psychosomatischen Modellen über komplexe Wechselwirkungen nicht gerecht wird (Rief & Broadbent 2010). In diesem Zusammenhang ist auch die rekonstruierte Dichotomie "etwas haben" vs. "nichts haben" (vgl. Bsp. 9) aufschlussreich, mit der andere Erklärungen als die rein organmedizinische ausgeschlossen werden und die zudem den Legitimierungsdruck der Patient/innen veranschaulicht.
- Im Rahmen der Suchbewegungen führen die Patient/innen Belege an, die ein bestimmtes Erklärungsmodell unterstützen und/oder es widerlegen. Auch findet sich auf der Basis einer dichotomen Konzeptualisierung ein "ausschlussdiagnostisches" Vorgehen, in dem die Patient/innen Belege dafür anführen, dass ihre Beschwerden angesichts ihrer psychosozialen Stabilität *nicht* psychosomatisch bedingt sein können, da sie psychisch belastbar und sozial integriert seien. Damit wird eine geläufige medizinische Diagnostik verwendet, allerdings unter umgekehrten Vorzeichen.
- Die Suchprozesse werden von den Patienten/innen als ein dynamischer Prozess gekennzeichnet, indem Erklärungsmodelle als mehr oder weniger plausibel, in verschiedenen Phasen mehr oder weniger präferiert bzw. zutreffend etc. präsentiert werden: Zwischen den Polen Zustimmung bis Ablehnung finden sich vielfältige Graduierungen. Eine klare Einteilung der thematisierten Erklärungsmodelle in akzeptiert oder abgelehnt lässt sich in den lokalen Suchbewegungen aber oft auch nicht erkennen. Im Gegenteil: im Rahmen der Suchbewegungen ziehen einige Patient/innen ausgesprochen gegensätzliche Erklärungen für ihre Beschwerden heran und wägen das Für und Wider ab, häufig ohne zu einem eindeutigen Ergebnis zu kommen. Sie positionieren sich mit verschiedenen Strategien gegenüber Erklärungsmodellen und nutzen dabei die Möglichkeit, ein Modell zu postulieren und zugleich auf einer anderen Ebene in Frage zu stellen.
- Sowohl die Patient/innen als auch die Therapeut/innen formulieren im Rahmen der Suchbewegungen "Suchaufträge". Diese werden mehr oder weniger explizit als solche kenntlich gemacht (z.B. die Frage des Therapeuten, ob sich der Patient auch alternative Erklärungen für ihre Beschwerden vorstellen könnten). Es finden sich jedoch insbeson-

dere in den argumentativen Ausführungen der Patient/innen Passagen, in denen Belege für eine somatische Erklärung bzw. Widerlegungen angeführt werden, die Schlussfolgerung (einer notwendigen somatischen Abklärung) jedoch unausgesprochen bleibt. Mit folgenden Strategien formulieren die Patient/innen implizit oder explizit einen Appell und verlängerten Suchauftrag in Richtung Somatik und kontern insbesondere insistierende Suchaufforderungen der Therapeuten in psychosomatische Richtung:

- Verweis auf bisherige erfolglose Suche,
  - Selbstpositionierung als aktiv Suchender,
  - facewahrende und beendende Ausweichmanöver ("vielleicht bin ich unbewusst zerrüttet") (weitere siehe Burbaum et al. 2010),
  - Ironisierung bestimmter KA und einseitig psychosomatischer Suchbewegungen (z.B. durch das Anspielen auf bekannte psychosomatische Topoi wie "Schlechte Kindheit" oder "das Unbewusste"),
  - Verweis auf die Rätselhaftigkeit ihrer Symptomatik, auf Vordiagnosen oder auf frühere psychosomatische Verdachtsdiagnosen, die sich im Verlauf als somatisch bedingt erhärteten,
  - Explizite Kritik an einer erlebten vorschnellen und unangemessenen Kategorisierung durch Ärzt/innen und Therapeut/innen und Forderung nach einer ergebnisoffener Suche,
  - Erwägung extremer, teilweise abstruser Kausalitäten.
- Ein wiederkehrendes Muster ist der Verweis auf oder die Demonstration einer bisher erfolglosen Suche, im Zuge derer zuvor erwogene Erklärungsmodelle widerlegt wurden. Neben der anamnestischen Funktion, Informationen über den bisherigen Verlauf und die bisherige diagnostische Abklärung zu liefern, können verschiedene interaktive Funktionen dieser Darstellungen in Erwägung gezogen werden: Indem verschiedene Erklärungsmodelle entwickelt und widerlegt werden, kann ein Patient/eine Patientin die eigene Suchbereitschaft belegen. Indem gezeigt wird, dass bereits selbst unwahrscheinlichste und extreme (bis absurd anmutende) Erklärungen in Erwägung gezogen wurden, wird die eigene Kooperationsbereitschaft und Glaubwürdigkeit dargestellt. Mit dem Verweis auf eine erfolglose Suche können auch Argumente etabliert werden, die auf die Notwendigkeit einer weiteren somatischen Abklärung verweisen (sollen). Nicht zuletzt kann die Darstellung einer erfolglosen Suche eine Entlastungsfunktion haben (gegen die Annahme einer unterstellten Selbstverursachung oder eines sekundären Krankheitsgewinns): hier knüpft das Thema der Legitimierung der Beschwerden und der Forderung nach einer somatischen Abklärung an, das an anderer Stelle in den Fokus der Analyse genommen werden sollte. Die Darstellung einer erfolglosen Suche ist u. E. ein Element von umfangreicheren Strategien, mit denen Patient/innen die institutionell schwer zu erklärenden Beschwerden und ihr Anliegen legitimieren. Weitere Elemente dieser Legitimierungsstrategien, wie beispielsweise das Zitieren von relevanten anderen Personen, denen die Forderung nach einer gründlichen somatischen Abklärung in den Mund gelegt wird, wurden bereits angedeutet. Therapeutisch kann die genaue Darstellung einer gründlichen und bislang erfolglosen Suche als ein Gesuch nach Anerkennung und Unterstützung aufgegriffen werden. Diese verschiedenen Dimensionen sind im jeweils spezifischen Kontext unterschiedlich gewichtet. Der Vergleich mit den Zurückweisungen von psychosomatischen Erklärungsmodellen der Therapeut/innen durch die Patient/innen, wie sie an anderer Stelle rekonstruiert wurden (Burbaum et al. 2010), ist aufschlussreich: Dort ging es darum, dass Therapeut/innen von Patient/innen berichtete potentiell belastende Ereignisse in einen möglichen Zusammenhang mit den Beschwerden stellen. Die Patient/innen heben dann neben der Belastung beispielsweise die positive oder unbelastende Seite der Erfahrung hervor und wählen damit das Ereignis als mögli-

che Ursache ab. Es gibt eine gewisse Ähnlichkeit zu den Darstellungen, in denen bestimmte Erklärungsmodelle als nicht zutreffend dekonstruiert werden, denn beide Male wird eine potentielle KA widerlegt (beispielsweise durch den Verweis darauf, dass das Ereignis gar nicht so belastend gewesen sei) – nur in den hier untersuchten Passagen wird das Ereignis selbst von Patient/innen mit den Beschwerden in Verbindung gebracht und dann entkräftet, während in der früheren Arbeit die Passagen untersucht wurden, in denen die Therapeut/innen psychosomatische Erklärungsmodelle vorschlugen. In den hier vorgestellten Analysen finden wir ähnliche Widerlegungsphänomene – nun allerdings gegenüber Erklärungsmodellen, die nicht die Therapeut/innen, sondern die Patient/innen selbst als potentielle Erklärung relevant gesetzt hatten. Die Erkenntnis, dass Patient/innen auch selbst postulierte Zusammenhänge wieder verwerfen, würde für eine Lesart sprechen, in der der interaktionelle Widerstand eine innere Suchdynamik widerspiegeln könnte und so (neben der inhaltlichen Frage nach den Erklärungen) ein Prozessmerkmal der Phase der diagnostischen Unsicherheit darstellt.

- Erklärungsmodelle, die Unbewusstes heranziehen, sind schwer zu widerlegen: Therapeut/innen können mit dem Verweis auf das Unbewusste die Suche offen halten und auch noch nicht in Erwägung gezogene Themen und Bereiche als relevant markieren. Das Einräumen von unbewussten Problemen oder Gefühlen von Seiten der Patient/innen kann eine lokale Strategie darstellen, die aktuelle Interaktion zu entlasten und/oder die eigene Suchbereitschaft und prinzipielle Offenheit zu demonstrieren: Sie können sich durch den Verweis auf mögliche unbewusste Probleme lokal einer forcierenden Fremddefinition entziehen, indem sie gesichtswahrend die Frage durch einen Ebenenwechsel beenden.<sup>15</sup>
- Insgesamt erweist es sich als vielversprechend, auch salutogene SKT, die in den Daten aufscheinen, in den Blick zu nehmen. Sie werden häufig in der Ablehnung bestimmter pathogener KA und als Umkehrschluss explizit gemacht, bisweilen werden auch direkt salutogene Vorstellungen angeführt. Eine systematische Analyse steht noch aus.

Abschließend werden nun vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Studie aktuelle Entwicklungen in der Klassifikation und Behandlung von MUS diskutiert und die Grenzen der Untersuchung reflektiert sowie weiterführende Forschungsfragen vorgeschlagen.

## **8. Resümee und Ausblick aus psychotherapeutischer Perspektive**

In der vorliegenden Untersuchung wurden Krankheitstheorien und im engeren Sinne KA rekonstruiert, wie sie im Kontext der Suchbewegungen in 44 psychosomatischen Konsilgesprächen verhandelt werden. Die gesprächsanalytische Untersuchung von KA im Gespräch ist im Kontext von somatoformen Beschwerden bislang kaum erfolgt. Insofern eröffnen sich zahlreiche weitere Forschungsfragen.

Die Studie, aus der das zugrunde liegende Datenkorpus stammt, und das Behandlungsmaterial, das den beteiligten Therapeut/innen vorlag, basieren auf dem modifizierten Reattributionsmodell (Goldberg et al. 1989), an dem sich seit über 20 Jahren auch die meisten Kommunikationstrainings von Ärzten zu MUS orientieren. Kürzlich hat die in der Forschung zu Arzt-Patient-Gesprächen bei MUS führende britische Arbeitsgruppe (darunter eine der Autorinnen des Originalartikels von 1989) die Studienlage zum Reattributionsmodell bei MUS gesichtet (Gask et al. 2011) und auf dieser Basis das Modell kritisch diskutiert und in

---

<sup>15</sup> In den Analysen findet sich die Kategorie des Unbewussten eher an Gesprächsstellen, in denen die Suchbewegungen einen hoch spekulativen und wenig erlebensnahen Charakter haben. Um jedoch spezifischere Aussagen treffen zu können, müsste dieser Aspekt an anderer Stelle systematisch über alle Interviews hinweg untersucht werden. Die Gefahr eines geschlossenen psychodynamischen Erklärungssystems wird da deutlich, wo das Unbewusste genutzt wird, um eine sonst nicht abgesicherte Position zu untermauern.

seiner ursprünglichen Form als zu simplizistisch in Frage gestellt. So konnten Verlaufsstudien zeigen, dass der Anteil von zunächst als medizinisch nicht erklärbaren Beschwerden, die im weiteren Verlauf medizinisch erklärbar wurden, größer war (in einer Studie von Morriss et al. 2007 waren es knapp 10%), als bisher angenommen. Daher sei die beiderseitige Wachsamkeit, inwieweit organische Pathologien vorliegen, durchaus angebracht und die Konsultationen müssten diese Möglichkeit stärker berücksichtigen. Eine einseitige Verfolgung des Reattributionsmodells berge die Gefahr, die Kommunikation für diese Option abzuschotten. Die in unseren Analysen rekonstruierten Forderungen der Patient/innen nach einer ergebnisoffenen Suche erscheinen vor diesem Hintergrund also sehr berechtigt. Auch erscheint ein insistierendes Nachfragen nach möglichen psychosozialen Problemen als erklärende Ursache/Auslöser der Beschwerden durch die Therapeut/innen sowohl einseitig als auch fragwürdig.<sup>16</sup>

Wie auch die vorliegende Untersuchung gezeigt hat, ist insistierendes Nachfragen mit beherrschendem Charakter aus therapeutischer Perspektive auf einer eher spekulativ-theoretischen Ebene nicht nur inhaltlich, sondern vor allem interaktiv kritisch zu hinterfragen. So eröffnen die Nachfragen häufig einen jenseits der individuellen Erfahrung liegenden, rein spekulativen Prozess über mögliche eigene Unzulänglichkeiten oder uneingestandene Belastungen. Zwar mag es angesichts der Anweisung des Behandlungsmanuals, die vorschnelle Aufdeckung psychosozialer Konflikte und ihrer Beziehung zu den Beschwerden zu vermeiden, verwundern, dass es so viele Sequenzen gab (von denen nur ein Teil gezeigt werden konnte), in denen dennoch Therapeut/innen sprachlich-interaktiv Druck etablieren (vgl. a. Burbaum et al. 2010). Da dieses forcierende Nachfragen nicht bei allen Patient/innen und nicht durch alle Therapeut/innen geschieht, stellt sich die Frage, inwieweit es eine typische Falle in therapeutischen Interaktionen (und daher auch in Behandlungsmanualen diese Warnung ausgesprochen werden sollte!) oder schlicht eine Idiosynkrasie einzelner Therapeut/innen darstellt.

Diese Tendenz kann durch die bereits angedeuteten aktuellen Entwicklungen in den Diagnosesystemen noch verstärkt werden. Benennung, Definition und Klassifikation von MUS bzw. somatoformen Störungen wurden in letzter Zeit in der Fachwelt sehr kontrovers diskutiert (Creed 2006, Dimsdale/Creed 2009, Fava/Wise 2007, Fink et al. 2005, Mayou et al. 2005, Rief/Sharpe 2004, Sharpe et al. 2001, Sharpe/Carson 2001, Sykes 2006). Im amerikanischen Klassifikationssystem für psychiatrische Störungen DSM-V wird künftig von "somatic symptom disorder" gesprochen. Die neue Klassifikation sieht vor, psycho-behaviorale Positivkriterien für die Diagnose zu berücksichtigen. Diese setzen nicht an dem Vorliegen von psychosozialen Belastungen an, sondern beschreiben deskriptiv, wie die Symptome selbst als belastend und einschränkend verarbeitet werden: solcherart erlebte körperliche Beschwerden beschäftigen die Patient/innen gedanklich disproportional stark, ängstigen sie in hohem Masse oder beanspruchen in exzessivem Ausmaß Zeit und Energie. Eine Unterscheidung in somatisch erklärte und nicht erklärte Beschwerden soll nach dieser Diagnose wegfallen, um die Dichotomie zwischen somatischer und psychischer Verursachung zu überwinden.

Ein bemerkenswertes Ergebnis der hier vorgestellten Analysen ist es u. E., dass die Dichotomie in den Erklärungsmodellen auch durch die Therapeut/innen mit konstruiert und geradezu stabilisiert wird (s. o.). In den dichotomen Konzeptualisierungen der Suchbewegungen spiegelt sich das institutionelle Dilemma wider, in dem sich alle Beteiligten befinden: die Dichotomie in der klaren institutionellen Aufteilung in Abteilungen und entsprechende Zuständigkeiten für Somatik und Psyche. Für die Patient/innen mit MUS bedeutet dies ein Grenzgängertum, in dem einer Dichotomisierung des eigenen Erlebens und Erklärens Vorschub geleistet wird. Sogar real befinden sich die Patient/innen der Studie in einer entspre-

---

<sup>16</sup> Die z.T. ungünstige Interaktionsdynamik ist insofern ernüchternd, da mit dem Modell des psychosomatischen Konsildienstes ein *Stepped Care Modell* verwirklicht wird, wie es die Autoren des genannten Artikels favorisieren, in dem psychotherapeutisch geschulte Ärzte und Psychologen ein niederschwelliges Gesprächsangebot machen.

chenden Schwellensituation: Die psychotherapeutischen Gespräche finden auf den somatischen Stationen parallel zur somatischen Abklärung statt, die durch eine mechanistisch-kausale Herangehensweisen geprägt ist.

Wie die neue Klassifikationskonzeptualisierung sich auf das klinische Vorgehen auswirken wird und ob sie dazu beitragen wird, komplexe Wechselwirkungen in der existierenden dualistischen Situation der Fachgebiete in nicht-dichotomer Weise zur Sprache zu bringen, bleibt abzuwarten. Psychotherapeutisch wird es angesichts der neuen geforderten Positivkriterien die Herausforderung sein, eine in den Analysen durchscheinende Dynamik zu verhindern, in der Therapeut/innen forciert Evidenzen für psychosoziale Probleme und ein Belastungserleben aufzufinden suchen und Patient/innen gegensteuern und Evidenzen für das Gegenteil benennen.<sup>17</sup> Ein therapeutisch interessanterer Ansatzpunkt könnten vielmehr die in den Analysen wiederholt zu findenden Verweise und Demonstrationen einer erfolglosen Suche sein. Anstatt hier auf die sachliche Richtigkeit oder Vollständigkeit einer Beweisführung (oder Ausschlussdiagnostik) zu fokussieren, könnte es fruchtbarer sein, wenn Therapeut/innen die in der Darstellung zum Ausdruck gebrachte Mühe, Frustration oder den Willen zur Mithilfe wertschätzend aufgreifen. Dies könnte in der Beziehungsdynamik deeskalierend wirken, die sich zwischen Arzt/Therapeut und Patient mit MUS häufig einstellt.<sup>18</sup>

Grenzen und weitere Forschungsdesiderata werden insbesondere beim Blick auf das hier untersuchte Gesprächskorpus deutlich: Trotz der Beschränkung auf 10 Patienten sind die Textmengen mit konversationsanalytischer Methodik bisweilen schwer zu bewältigen und enorm zeitaufwändig. Aufgrund der notwendigen Fokussierung der Analyse angesichts des großen Textmaterials haben wir uns auf die lokale Konstruktion von Zusammenhängen und Suchbewegungen beschränkt. Diese standen weitgehend innerhalb von argumentativen Passagen. Komplexere Konstruktionen, wie sie sich im Verlauf entwickeln und verändern, konnten nicht untersucht werden und sollten anhand von weiteren Fallanalysen nachgezeichnet werden (vgl. a. Stresing 2011), insbesondere, da wir davon ausgehen, dass die Suchbewegungen im Gespräch selbst verschieden vielschichtige Muster bilden, in denen die unterschiedlichsten Erklärungen (einfache sowie komplexere) thematisiert und abgewogen werden. Es ist zu vermuten, dass komplexere Erklärungszusammenhänge sowohl kognitiv plausibler und zugleich erfahrungsnäher sind, als spekulativ geäußerte, lokal konstruierte Zusammenhänge, die häufig einen rechtfertigenden Charakter haben. Eine solche fallbezogene Analyse überschreitet freilich die Grenzen der klassischen Konversationsanalyse und müsste daher um andere gesprächsanalytische Verfahren ergänzt werden. Auf diese Weise ließen sich kurzfristige Spekulationen über Ursachen gegenüber zeitlich überdauernden, grundlegenden Erklärungsmustern klarer gewichten. Auch könnten Unterschiede zwischen den Patient/innen und Therapeut/innen hinsichtlich einer Offenheit bzw. Geschlossenheit der Suchbewegungen rekonstruiert werden und KA in anderen Textsorten verfolgt werden. Schließlich könnten dabei Suchbewegungen systematisch in allen Phasen der Gespräche rekonstruiert werden. In der vorliegenden Analyse haben wir weitgehend die Suchbewegungen in den ersten Gesprächen betrachtet, da hier die Therapeut/innen verstärkt nach Zusammenhängen und SKT gefragt haben. Eine einzelfallbezogene Auswertung der Veränderung der Suchbewegungen und KA wäre daher über den Verlauf der Gespräche fallvergleichend wünschenswert.

---

<sup>17</sup> Die Frage, bei wem die Initiierung dieser Dynamik liegt, kann nicht oder nur lokal beantwortet werden: die Gespräche sind im Kontext der aktuellen Abklärungssituation zu lesen, nach z.T. langjährigen Beschwerden haben die Patienten eine institutionelle Sozialisation (der Legitimierung und Demonstration der körperlichen Symptomatik) hinter sich. Auch Therapeut/innen wird es nicht immer gelingen, die Suche vollständig unvoreingenommen zu beginnen, insbesondere, da durch die jeweilige Konsultation und den Studienrahmen eine bestimmte Suchrichtung impliziert war.

<sup>18</sup> Psychodynamisch geht man von einer Wiederholungserfahrung aus, in der Patienten eine frühere Beziehungserfahrung in der aktuellen Therapeut/Patient-Beziehung wiederholen und von einer zunächst idealisierten Bezugsperson nun eine Enttäuschung und ablehnende Haltung erleben.

Über das Verhältnis von KA, die im Gespräch relevant gesetzt werden, zu solchen, die in Fragebögen angekreuzt werden, können wir bislang keine Aussagen treffen. Inwieweit das Ausfüllen der Fragebögen im Vorfeld der Gespräche einen Einfluss auf die geäußerten Attributionen hatte, bleibt ebenso unklar. Ein fallbezogener Vergleich von Attributionen im Fragebogen und im Gespräch wäre daher aufschlussreich.

Die hier untersuchten Gespräche folgten einem Behandlungsmanual, das kognitiv-behaviorale, psychodynamische und interaktionelle Behandlungsansätze integriert. Bestimmte Interventionen der Therapeut/innen haben eher den Charakter von psychodynamischen Deutungen als von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen (vgl. a. Stresing 2011 und Burbaum et al. 2010). Inwieweit mögliche Unterschiede im Vorgehen auf einzelne Therapeut/innen bzw. ihre jeweilige psychotherapeutische Grundausrichtung zurückführen lassen, kann nicht gesagt werden, zumal hier keine Phänomene auf einzelne Therapeut/innen zurückgeführt werden sollten. Wie bereits angesprochen, werfen die Ergebnisse die Frage nach dem Manual, der Manualtreue und der individuellen Umsetzung eines Manuals durch die jeweiligen Therapeut/innen auf. Die grundlegenden Haltungsanweisungen im Manual, die Suche nicht zu forcieren, studienbegleitende Supervisionen und Stichprobenuntersuchungen der Gespräche können offenbar nur bedingt Einfluss nehmen. Gesprächsanalytische Sekundäranalysen könnten hier – wie in Psychotherapiestudien überhaupt – Diskrepanzen zwischen Ideal und Wirklichkeit aufzeigen und so möglichen Erklärungen für unterschiedliche Verläufe auf die Spur kommen. Wie und ob sich Suchbewegungen in Psychotherapien schulenspezifisch entwickeln, sollte bei einem Vergleich von Psychotherapiegesprächen unterschiedlicher Schulen analysiert werden. In einem aktuellen verhaltenstherapeutischen Therapieleitfaden zu MUS und somatoformen Störungen (Kleinstäuber et al. 2012) findet sich die Bearbeitung des subjektiven Störungsmodells beispielsweise erst im vorletzten Modul; in einem Manual zur psychodynamisch-interpersonellen Therapie (Arbeitskreis PISO 2012) gibt es die grundlegende Anweisung, somatische Krankheitsattribution nicht als Widerstand zu deuten.

Schließlich entstanden die hier untersuchten Gespräche in einem sehr spezifischen Kontext (vgl. a. Burbaum et al. 2011 zum Gesprächskontext): psychosomatische Konsilgespräche stehen institutionell an der Schnittstelle zwischen somatischer Medizin und Psychotherapie (bei letzterer kann zumindest eine minimale Therapiemotivation und für psychosomatische Erklärungsmodelle vorausgesetzt werden). Auch wenn die Studienteilnehmer/innen alle freiwillig – ohne Nachteile bei Nichtteilnahme – die Gespräche geführt haben, kann die Sorge, als nicht-kooperativ eingestuft zu werden, als Beteiligungsmotivation nicht ausgeschlossen werden. Die Stichprobe umfasst eine sehr heterogene Gruppe von Patient/innen, bei denen während ihres Aufenthaltes im Akutkrankenhaus aufgrund fehlender auffälliger somatischer Befunde und erster Fragebogendaten der Verdacht einer somatoformen Störung im Raum steht, der nicht zuletzt durch die Gespräche erhärtet oder verworfen werden soll. Eine Verallgemeinerbarkeit der hier rekonstruierten Phänomene sowohl in Richtung Arzt-Patient-Gespräche als auch in Richtung klassischer Psychotherapie-Gespräche mit Patient/innen mit somatoformen Störungen ist nicht ohne Weiteres möglich. Dennoch meinen wir, dass die Suchbewegungen, das insistierende Nachfragen von Therapeutenseite in Richtung psychosomatischer Erklärung der Symptome, die dichotome Konzeptualisierung der KA als auch die Darstellung der erfolglosen Suche durch die Patient/innen interaktionelle Phänomene sind, die für ein Verhandeln von somatoformen Beschwerden im Gesundheitswesen charakteristisch sein könnten. Diese Frage kann jedoch nur die weitere gesprächsanalytische Auswertung von anderen Gesprächskorpora zu somatoformen Beschwerden klären.



## 9. Literaturangaben

- American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. Fifth Edition DSM-5. American Psychiatric Publishing, Washington DC
- Antonovsky, A. (1979): Health, stress, and coping. New perspectives on mental and physical well-being, San Francisco: Jossey-Bass.
- Arbeitskreis PISO (2012) (Hg.) Somatoforme Störungen, Göttingen u.a.: Hogrefe.
- Ball, J. / Lohaus, A. (2010): Kindliche Krankheitskonzepte. Ein Überblick zur Forschungslage, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 18 (1). Göttingen: Hogrefe, 3-12.
- Barsky, A.J. / Borus, J.F. (1999): Functional somatic syndromes, in: Annals of Internal Medicine, 130, 11, 910-921.
- Barsky, A.J. / Ettner, S.L. / Horsky, J. / Bates, D.W. (2001): Ressource utilization of patients with hypochondriacal health anxiety and somatization, in: Medical Care, 39, 7, 705-715.
- Barsky, A.J. / Orav, E.J. / Bates, D.W. (2005): Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity, in: Archives of General Psychiatry, 62, 8, 903-910.
- Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 34, 313-321.
- Biderman, A. / Yeheskel, A. / Herman, J. (2003): Somatic fixation: The harm of healing, in: Social Science & Medicine 56, 5, 1135-1138.
- Birkner, K. (2006): Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch, in: Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion 7, 152-183.
- Bishop A. / Thomas E. / Foster N.E. (2007): Health care practitioners' attitudes and beliefs about low back pain: A systematic search and critical review of available measurement tools. In: Pain 132 (1-2), 91-101.
- Brünner, G. (2009) Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation, in: Klusen, N. / Fließgarten, A. / Nebling, T. (Hg.): Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient, Baden-Baden: Nomos, 170-188.
- Burbaum C. / Stresing A. / Fritzsche K. (2011): Letter to the Editor: Response to commentary from Hiske van Ravesteijn, Inge van Dijk, and Peter Lucassen on: Medically unexplained symptoms as a threat to patients' identity? A conversation analysis of patients' reactions to psychosomatic attributions. *Patient Educ Couns.* 84, 1, 139-140.
- Burbaum, C. / Stresing, A. / Fritzsche, K. / Auer, P. / Wirsching, M. / Lucius-Hoene, G. (2010): Medically unexplained symptoms as threat to patients' identity: A conversation analysis of patient reactions of psychosomatic attributions, in: Patient Education and Counseling 79, 2, 207-217.
- Creed, F. / Gureje, O. (2012): Emerging themes in the revision of the classification of somatoform disorders, in: Int Rev Psychiatry, 24, 6, 556-567.
- Creed, F. / Guthrie, E. (1993): Techniques for interviewing the somatising patient, in: Br J Psychiatry, 162, 467-471.

- Deppermann, A. (1999): Gespräche analysieren: Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden. Opladen, Leske + Budrich (=Qualitative Sozialforschung 3)
- Deppermann, A. (2009): Therapeutisches Fragen als Hebammenkunst, in: Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung 13, 2, 154-162.
- Deppermann, A. (2010): Zur Einführung: 'Verstehen in professionellen Handlungsfeldern' als Gegenstand einer ethnographischen Konversationsanalyse, in: Deppermann, A. / Reitemeier, U. / Schmitt, R. / Spranz-Fogasy, T.: Verstehen in professionellen Handlungsfeldern, Tübingen: Narr, 7-26.
- Dilling, H. / Mombour, W. / Schmidt, M.H. (1993): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. WHO. Bern, Göttingen, Toronto: Huber.
- Dimsdale, J. / Creed, F. (2009): The proposed diagnosis of somatoform symptom disorders in DSM-V to replace somatoform disorders in DSM-IV. A preliminary report, in: Journal of Psychosomatic Research, 66, 473-476.
- Dirkzwager, A.J. / Verhaak, P.F. (2007): Patients with persistent medically unexplained symptoms in general practice: Characteristics and quality of care, in: BMC Family Practice 8, S.33.
- Faller, H. (1990): Subjektive Krankheitstheorie und -verarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden. Frankfurt: Lang.
- Faller, H. (1991): Subjektive Krankheitstheorien: Ihre praktische Relevanz für die psychosoziale Versorgung somatisch Kranker, in: Effelsberg, W. / Zier, U. (Hg.): Curare. Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie. Nr. 14. Wiesbaden, Vieweg, 53-60.
- Faller, H. (1997): Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 15, 264-278.
- Faller, H. (1998): Krankheitsverarbeitung bei Krebskranken. Göttingen: Hogrefe.
- Faltermaier, T. (1998): Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes, in: Flick, U. (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim: Juventa, 70-86.
- Faltermaier, T. (2003): Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit, in: Jerusalem, M. / Weber, H. (Hg.): Psychologische Gesundheitsförderung. Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe, 57-77.
- Fava, G.A. / Wise, T.N. (2007): Issues for DSM-V. Psychological factors affecting either identified or feared medical conditions: a solution for somatoform disorders, in: American Journal of Psychiatry, 164, 7, 1002-1003.
- Fink, P. (1992a): Surgery and medical treatment in persistent somatizing patients, in: Journal of Psychosomatic Research 36, 5, 439-447.
- Fink, P. (1992b): The use of hospitalizations by persistent somatizing patients, in: Psychological Medicine 22, 1, 173-180.
- Fink, P. / Rosendal, M. / Olesen, F. (2005): Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care, in: Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39, 9, 772-781.

- Flick, U. (1998): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa.
- Franke, A. (2010): Modelle von Gesundheit und Krankheit. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Huber.
- Frankel, R. (2001): Clinical Care and conversational contingencies. The role of patients' self-diagnosis in medical encounters, in: Text 21, (1/2), 83-111.
- Fritzsche, K. / Larisch, A. / Schweickhardt, A. (2005): Psychotherapeutische Kurzinterventionen bei somatisierenden Patienten im Krankenhaus, in: Psychotherapeut 6, 404-414.
- Frostholm, L. et al. (2005): The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills, in: Psychosomatic Medicine 67, 897-905.
- Gask, L. / Dowrick, C. / Salmon, P. / Peters, S. / Morriss, R. (2011): Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings, in: Journal of Psychosomatic Research 71, 325-334.
- Gask, L. / Goldberg D. / Porter R. / Creed, F. (1989): The treatment of somatization: evaluation of a teaching package with general practice trainees, in: Journal of Psychosomatic Research 33, 6, 697-703.
- Gill, V. / Douglas, W. / Maynard, J. (2006): Explaining illness: patients' proposals and physicians' responses, in: Heritage, J. et al. (Hg.): Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients. Cambridge: Cambridge University Press, 115-150.
- Goldberg, D. / Gask, L. / O'Dowd, T. (1989): The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution, in: Journal of Psychosomatic Research 33, 6, 689-695.
- Groeben, N. / Scheele, B. (2010): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien, in: Mey, K. / Mruck, K. (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 151-165.
- Groeben, N. / Wahl, D. / Schlee, J. / Scheele, B. (1988): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. Tübingen: Francke.
- Hasenbring, M. (1989): "Laienhafte Ursachenvorstellungen und Erwartungen zur Beeinflussbarkeit einer Krebserkrankung – erste Ergebnisse einer Studie an Krebspatienten", in: Birschhoff, C./Zenz, H. (Hg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit, Bern: Huber, 24-27.
- Hasenbring, M. (1990): "Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept", in: Muthny, R.A. (Hg.) Krankheitsverarbeitung. Hintergrundtheorien, klinische Erfassung und empirische Ergebnisse, Berlin u.a.: Springer Verlag, 78-87.
- Henningsen, P. / Jakobsen, T. / Schiltenswolf, M. / Weiss, M.G. (2005): Somatization revisited. Diagnosis and perceived causes of common mental disorders, in: The Journal of Nervous and Mental Disease 193, 85-92.
- Henningsen, P. / Priebe, S. (1999): Modern disorders of vitality: The struggle for legitimate incapacity, in: Journal of Psychosomatic Research 46, 3, 209-214.
- Henningsen, P. / Zipfel, S. / Herzog, W. (2007): Management of functional somatic syndromes, in: Lancet 369, 946-955.

- Heritage, J. / Raymond, G. (2005): The terms of agreement. Indexing epistemic authority and subordination in talk-in-interaction. In: *Social Psychology Quarterly* 68, 15-38.
- Hess-Lüttich, E.W. / König, J.C.: Medizinische Kommunikation. In: [Gert Ueding](#) (Hg.): [Historisches Wörterbuch der Rhetorik](#). Darmstadt: WBG 1992ff., Bd. 10 (2011), 660-669.
- Hilbert, A. / Martin, A. / Zech, T. / Rauh, E. / Rief, W. (2010): Patients with medically unexplained symptoms and their significant others: Illness attributions and behaviors as predictors of patient functioning over time, in: *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 253-262.
- Hiller, W. / Cebulla, M. / Korn, H.J. / Leibbrand, R. / Röers, B. / Nilges, P. (2010): Causal symptom attributions in somatoform disorders and chronic pain, in: *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 9-19.
- Imo, W. (2009): Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker ('change-of-state tokens') im Deutschen, in: Günthner, S. /Bücker, J. (Hg.): *Grammatik im Gespräch. Konstruktionen der Selbst- und Fremdpositionierung*, Berlin u.a.: Walter de Gruyter, 57-86.
- Kleinstäuber, M. / Thomas, P. / Witthöft, M. / Hiller, W. (2012): *Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen*. Heidelberg: Springer.
- Kouyanou, K. / Pither, C.E. / Rabe-Hesketh S. / Wessely, S. (1998): A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms, in: *Pain* 76, 3, 417-426.
- Kreher S. / Brockmann, S. / Sielk, M. / Wilm, S. / Wollny, A. (2008): *Hausärztliche Krankheitskonzepte. Analyse ärztlicher Vorstellungen zu Kopfschmerzen, akutem Husten, Ulcus cruris und Schizophrenie*. Bern: Huber.
- Kreissl, Marion E. / Overlach, Fabian / Türp, Jens C./ Birkner, Karin (2004) *Das zahnärztliche Erstgespräch bei Patientinnen mit chronischen Gesichtsschmerzen*, in: *Schmerz*, Band 18, 266 - 289.
- Larisch, A. / Schweickhardt, A. / Wirsching, M. / Fritzsche, K. (2004): Psychosocial interventions for somatizing patients by the general practitioner: A randomized controlled trial, in: *Journal of Psychosomatic Research* 57, 6, 507-514.
- Looper, K.J. / Kirmayer, L.J. (2004): Perceived stigma in functional somatic syndromes and comparable medical conditions, in: *Journal of Psychosomatic Research* 57, 4, 373-378.
- Lorenz, R. (2005) *Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler*. München: Reinhardt.
- Maiden, N.L. / Hurst, N.P. / Lochhead, A. / Carson, A.J. / Sharpe, M. (2003): Medically unexplained symptoms in patients referred to a specialist rheumatology service: Prevalence and associations, in: *Rheumatology (Oxford)* 42, 1, 108-112.
- Martin, A. / Korn, H.J. / Cebulla, M. / Saly, M. / Fichter, M./ Hiller, W. (2007): Kausalattributionen von körperlichen Beschwerden bei somatoformen Störungen, in: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 55, 1, 31-41.
- Mayou, R. / Kirmayer, L.J. / Simon, G. / Kroenke, K. / Sharpe, M. (2005): Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V, in: *American Journal of Psychiatry*, 162, 5, 847-855.
- Monzoni C.M. / Duncan, R. / Grünewald, R. / Reuber, M. (2011): Are there interactional reasons why doctors find it hard to tell patients that their physical symptoms may have emotional causes? A conversation analytic study in neurology outpatients, in: *Patient Educa-*

- tion and Counseling, 85, 189-200.
- Morriss, R. / Dowrick, C. / Salmon, P. / Peters, S. / Dunn, G. / Rogers, A. / Lewis, B. / Charles-Jones, H. / Hogg, J. / Clifford, R. / Rigby, C. / Gask, L. (2007): Cluster randomized controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms, in: *The British Journal of Psychiatry* 191, 536-542.
- Morriss, R. / Gask, L. / Ronalds, C. / Downes-Grainger, E. / Thompson, H. / Leese, B. / Goldberg, D. (1998): Cost-effectiveness of a new treatment for somatized mental disorder taught to GPs, in: *Family Practice* 15, 2, 119-125.
- Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (2005): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Nimnuan, C. / Hotopf, M. / Wessely, S. (2001): Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities, in: *Journal of Psychosomatic Research* 51, 1, 361-367.
- Nowak, P. / Spranz-Fogasy, T. (2009): Medizinische Kommunikation - Arzt und Patient im Gespräch, in: Bogner, A. / Eichinger, L. M. / Kelletat, A. F. / Krumm, H. J. / Michel, W. / Wierlacher, A. / Dengel, B. (Hrsg.). *Jahrbuch Deutsch als Fremdsprache* 34/2008, 80-96. München: Iudicium.
- Page, L.A. / Wessely, S. (2003): Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter, in: *Journal of the Royal Society of Medicine* 96, 5, 223-227.
- Peters, S. / Rogers, A. / Salmon, P. / Gask, L. / Dowrick, C. / Towe, M. et al. (2009): What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms, in: *Gen Intern Med* 2009, 24, 443-449.
- Peters, S. / Stanley, I. / Rose, M. / Salmon, P. (1998): Patients with medically unexplained symptoms: sources of patients' authority and implications for demands on medical care, in: *Social Science and Medicine* 46, 4-5, 559-565.
- Reid, S. / Wessely, S. / Crayford, T. / Hotopf, M. (2001): Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study, in: *British Medical Journal* 322, 7289, S.767.
- Rief, W. / Broadbent, E. (2007): Explaining medically unexplained symptoms-models and mechanisms, in: *Clinical Psychology Review* 27, 821-841.
- Rief, W. / Nanke, A. / Emmerich, J. / Bender, A. / Zech, T. (2004): Causal illness attributions in somatoform disorders. Associations with comorbidity and illness behavior, in: *Journal of Psychosomatic Research* 57, 367-371.
- Rief, W. / Sharpe, M. (2004): Somatoform disorders – new approaches to classification, conceptualization, and treatment, in: *Journal of Psychosomatic Research* 56, 387-390.
- Ripke, T. (1994): *Patient und Arzt im Dialog*, in: *Praxis der ärztlichen Gesprächsführung*, Stuttgart: Thieme.
- Robbins, J.M. / Kirmayer, L.J. (1991): Attributions of common somatic symptoms, in: *Psychological Medicine* 21, 1029-1045.
- Rosendal, M. / Bro, F. / Sokolowski, I. / Fink, P. / Toft, T. / Olesen, F. (2005): A randomized controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatization: effects on GPs' attitudes, in: *Family Practice* 22, 4, 419-427.

- Salmon, P. (2007): Conflict, collusion or collaboration in consultations about medically unexplained symptoms: The need for a curriculum of medical explanation, in: *Patient Education and Counseling*, 67, 3, 246-254.
- Salmon, P. / Peters, S. / Stanley, I. (1999): Patients' perceptions of medical explanations for somatization disorders: Qualitative analysis, in: *British Medical Journal* 318, 7180, 372-376.
- Sator, M. / Spranz-Fogasy, T. (2011): Medizinische Kommunikation, in: Knapp, K. et al. (Hg.): *Angewandte Linguistik. Ein Lehrbuch*. Tübingen/Basel: A. Francke Verlag, 376-393.
- Schmidt, L.R. / Fröhling, H. (1998): Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Kindern und Jugendlichen, in: Flick, U. (Hg.): *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim: Juventa, 33-44.
- Schneider, S. / Margraf, J. (1998): *Agoraphobie und Panikstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Schweickhardt, A. / Larisch, A. / Wirsching, M. / Fritzsche, K. (2007): Short-term psychotherapeutic interventions for somatizing patients in the general hospital: A randomized controlled study, in: *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, 339-346.
- Selting, M. / Auer, P. et al. (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2 (GAT 2), in: *Zeitschrift für Gesprächsforschung* 10 (<http://www.gespraechsforschung-ozs.de/heft2009/heft2009.htm>).
- Sharpe, M. / Carson, A. (2001): 'Unexplained' somatic symptoms, functional syndromes, and somatization: Do we need a paradigm shift?, in: *Annals of Internal Medicine*, 134, 926-930.
- Sidnell, J. (2010): *Conversation analysis. An introduction*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Spranz-Fogasy, T. (2005): Kommunikatives Handeln in ärztlichen Gesprächen. In: Neises, M. / Ditz, S. / Spranz-Fogasy, T. (Hg.): *Psychosomatische Gesprächsführung in der Frauenheilkunde. Ein interdisziplinärer Ansatz zur verbalen Intervention*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 17-47.
- Spranz-Fogasy, T. / Lindtner, H. (2009): Fragen und Verstehen - Wissenskonstitution im Gespräch zwischen Arzt und Patient, in: Felder, E. / Müller, M. (Hg.): *Wissen durch Sprache. Theorie, Praxis und Erkenntnisinteresse des Forschungsnetzwerks "Sprache und Wissen"*. Berlin/New York: de Gruyter, 141-170.
- Stanley, I. M. / Peters, S. / Salmon, P. (2002): A primary care perspective on prevailing assumptions about persistent medically unexplained physical symptoms, in: *International Journal of Psychiatry and Medicine* 32, 2, 125-140.
- Stone, J. / Wojcik, W. / Durrance, D. / Carson, A. / Lewis, S. / MacKenzie, L. / Warlow, C.P. / Sharpe, M. (2002): What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The 'number needed to offend', in: *British Medical Journal*, 325, 7378, 1449-1450.
- Stresing, A. M. (2011) Die interaktive Bearbeitung von psychosomatischen Krankheitsmodellen im psychotherapeutischen Gespräch mit somatoformen Patienten. Eine konversationsanalytische Untersuchung. Universität Freiburg. [http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/7986/pdf/Dissertation\\_Anne-Maria%20Stresing.pdf](http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/7986/pdf/Dissertation_Anne-Maria%20Stresing.pdf)
- Sykes, R. (2006): Somatoform disorders in DSM-IV: mental or physical disorders?, in: *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 4, 341-344.
- Verhaak, P.F. / Meijer, S.A. / Visser, A.P. / Wolters, G. (2006): Persistent presentation of

medically unexplained symptoms in general practice, in: Family Practice 23, 4, 414-420.

Verres, R. (1998): "Gesundheitsforschung und Verantwortung. Gedanken zur Differenzierung und Vertiefung der Rekonstruktion subjektiver Gesundheits- und Krankheitstheorien", in: Flick, 301–313.

Vlassenko, I. (in Vorb.): Sprechen über AIDS, Dissertation an der Universität Bayreuth.

Weinman, J. / Petrie, K.J. / Moss-Morris, R. / Horne, R. (1996): The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness", in: Psychology and Health, 1996, 11, 431-445.

Wüstner, K. (2001): Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms, in: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 51, 308–319.

Young, A. (1976): Internalizing and externalizing medical belief system: an Ethiopian example, in: Social Science and Medicine, 100 (3-4), 147-156.

### **Anhang: GAT-Transkriptionskonventionen (nach Selting et al. 2009)**

#### Sequenzielle Struktur/Verlaufsstruktur

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

#### Pausen

(.)	geschätzte Mikropause, ca. 0.2 Sek
(-), (--), (---)	>geschätzte kurze, mittlere, längere Pausen von ca. 0.2 - 0.5 Sek., 0.5-0.8, 0.8 – 1.0 Sek.
(2)	geschätzte Pause
(2.85)	gemessene Pause (Angabe mit zwei Stellen hinter dem Punkt)

#### Sonstige segmentale Konventionen

und_äh	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
:, ::, :::	Dehnung, Längung, je nach Dauer
äh, öh, etc.	Verzögerungssignale, sog. "gefüllte Pausen"
'	Abbruch durch Glottalverschluß

#### Lachen

haha hehe hihi	silbisches Lachen
((lacht))	Beschreibung des Lachens
<<lachend>>	>
<<☺>>	> smile voice
(h*) (hh*) (hhh*)	ausatmendes (mögliches) Lachen

#### Rezeptionssignale

hm ja, nein, nee	einsilbige Signale
hm_hm, ja_a,	zweisilbige Signale
nei_ein, nee_e	
'hm'hm	mit Glottalverschlüssen, verneinend

### Akzentuierung

akZENT	Primär- bzw. Hauptakzent
akzEnt	Sekundär- bzw. Nebenakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent

### Tonhöhenbewegung am Einheitenende

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

### Lautstärke- und Sprechgeschwindigkeitsveränderungen

<<f>	>	=forte/laut, Erstreckung bis >
<<ff>	>	=fortissimo, sehr laut
<<p>	>	=piano/leise
<<pp>	>	=pianissimo, sehr leise
<<all>	>	=allegro/schnell

### Ein- und Ausatmen

.h, .hh, .hhh	Einatmen, je nach Dauer
h, hh, hhh	Ausatmen, je nach Dauer

### Sonstige Konventionen

((hustet))	para- und außersprachliche Handlungen u. Ereignisse
<<hustend>wort>	sprachbegleitende para- und außersprachliche Handlungen und Ereignisse mit Reichweite
<<erstaunt>wort>	interpretierende Kommentare mit Reichweite
(.....)	unverständliche Passage je nach Länge
(solche/welche)	vermuteter Wortlaut, ggs. mit Alternative
al(s)o	vermuteter Laut oder Silbe
(solche/welche)	mögliche Alternativen
((...))	Auslassung im Transkript

Prof. Dr. Karin Birkner  
Germanistische Linguistik  
Universität Bayreuth  
*karin.birkner@uni-bayreuth.de*

Dr. Christina Burbaum  
Abteilung für Rehabilitationspsychologie und Psychotherapie  
Institut für Psychologie  
Universität Freiburg  
*christina.burbaum@psychologie.uni-freiburg.de*