

Karin Birkner & Christina Burbaum

Nichtwissen als interaktive Ressource in Therapiesprächen

Abstract: Das Sprechen über Gesundheit und Krankheit beruht immer auf Prozessen der Bedeutungszuschreibung, in denen körperliche Empfindungen als Krankheitserfahrungen interpretiert und typisiert werden, die maßgeblich sozial konstruiert und durch kognitive Schemata und soziale Praktiken geformt sind (cf. Kirmayer 1994). Besonders deutlich wird dies, wenn Kategorien problematisch werden, wie bei Ursachentheorien im Zusammenhang mit „medically unexplained symptoms“ (MUS), das heißt Körperbeschwerden, für die kein eindeutig erklärender medizinischer Befund vorliegt. Der Beitrag untersucht den interaktiven Umgang mit dem Nichtwissen, das in einem Spannungsfeld von Legitimierung, Stigmatisierung und nicht zuletzt einem Defizit an diagnostischer Eindeutigkeit steht. Das Korpus besteht aus 44 psychosomatischen Konsilgesprächen mit Therapeut/innen und 10 MUS-Patient/innen, die sich zur somatischen Abklärung stationär im Krankenhaus befanden. Im Zentrum stehen verschiedene Formen von so genannten Suchbewegungen im Zusammenhang mit Kausalattributionen für körperliche Beschwerden; diese werden als Verfahren der Nichtwissenskommunikation formal und funktional beschrieben.

1. Einleitung

Spätestens seit der zeitgenössischen Diagnose von der *Wissensgesellschaft* ist der schillernde Begriff *Wissen* in aller Munde. Seine philosophische Betrachtung ist schon in frühesten Überlieferungen dokumentiert (Gottschalk-Mazouz 2007: 22–23), und mittlerweile lassen sich mit dem Thema Wissen in unterschiedlichsten Ansätzen (juristische, linguistische, pädagogische, soziologische etc.) Bibliotheken füllen (cf. Janich / Birkner 2014). Das erschwert den wissenschaftlichen Umgang mit einem Begriff erheblich; vor allem verschärft es die Notwendigkeit, den Wissensbegriff auf die jeweiligen Analysezwecke hin zuzuspitzen. Im vorliegenden Beitrag kommt er im Kontext interaktionaler Aushandlung von Wissen zum Einsatz; es geht um Therapiespräche mit Patientinnen und Patienten, die sich zur Zeit der Datenerhebung in einem Akutkrankenhaus befanden, in dem sie sich – in der Regel zum wiederholten Male – einer Palette diagnostischer Verfahren

unterzogen, um medizinische Ursachen für die erlebten Beschwerden zu finden. Aufgrund der Tatsache, dass im Zuge der bis dahin unauffälligen somatischen diagnostischen Abklärung und zugleich vorliegenden psychosozialen Belastungen eine Verdachtsdiagnose „Somatoforme Störung“ besteht, wurden den Patient/innen der Studie im Rahmen ihres Aufenthaltes unter anderem fünf Kurzzeit-Therapiegespräche angeboten, in denen sie mit Psychotherapeut/innen beziehungsweise psychosomatischen Ärzt/innen¹ über die Erkrankung, die damit verbundenen Belastungen, ihre Ursachenannahmen und mögliche psychosomatische Behandlungsansätze sprechen konnten. Die Patient/innen sollten so unter anderem für eine alternative psychosomatische Sicht auf die Beschwerden sensibilisiert werden (cf. Fritzsche et al. 2005).

Das in den Daten vorliegende Verhältnis zwischen den Patient/innen und Therapeut/innen in diesem komplexen Diagnoseprozess gründet also auf einem besonderen Maß an Nichtwissen. Zwar liegt jedem Diagnoseprozess letztlich ein Nichtwissen zugrunde; in den aufgezeichneten Gesprächen erhält es jedoch eine besondere Brisanz, da die organischen Ursachen (und damit auch Behandlungsmöglichkeiten) für die teilweise massiven Beschwerden trotz intensiver Bemühungen bisher nicht gefunden werden konnten. Das Nichtwissen betrifft zentral die Kausalattributionen (Ursachenzuschreibungen für die Beschwerden); das heißt, in den ausgewählten Passagen geht es um kausale Wissensrelationen von Ursache und Wirkung.

Im Zuge des diagnostischen Prozesses kommen die *Subjektiven Ursachentheorien* der Patient/innen ebenso in den Blick wie Stationen des Krankheitsnarrativs (vorangegangene Diagnosen, Auslöser etc.). Die lange Dauer, die der Leidensweg bereits besteht, und die dabei gesammelten Krankheitserfahrungen resultieren in einer zunehmenden fachmedizinischen beziehungsweise institutionellen Expertise der Patient/innen (Groß 2013). Ferner tauchen grundsätzliche Fragen auf; sie reichen für die Betroffenen

1 Die untersuchten Gespräche sind zwischen einem klassischen somatisch orientierten Arzt/Patient-Gespräch und einem psychotherapeutischen Erstgespräch angesiedelt. Sie finden im somatischen Akutkrankenhaus, manchmal direkt am Krankenbett statt, die Behandelnden sind aber Psycholog/innen oder Mediziner/innen mit psychotherapeutischer Weiterbildung. Für viele der Patient/innen stellen sie einen allerersten Kontakt mit einem psychotherapeutischen Behandlungsansatz dar.

über Fragen nach der Glaubwürdigkeit, Stigmatisierung bis hin zur Legitimität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (Birkner / Burbaum 2013; Burbaum et al. 2010, 2011; Japp / Japp 2005).

Bei der Sichtung des Datenmaterials zeigte sich die Bearbeitung von Ursachentheorien in diesem therapeutischen Gesprächstyp mit auffälliger Frequenz als eine interaktive, metaphorische Suchbewegung. Das Motiv der „Suche“ scheint besonders geeignet, das Ungeklärte der Symptome und das Nichtwissen bezüglich der Ursachen zu bearbeiten. Auf Seiten der Patient/innen bringt es die Beteiligung an einem aktiven Prozess zum Ausdruck, den Therapeut/innen kann es zum In-Gang-Setzen eines Suchprozesses (nach psychosomatischen Krankheitsmodellen) dienen. Solche Suchbewegungen nach Wissen beziehungsweise der Umgang mit Nichtwissen stehen im Folgenden im Zentrum des vorliegenden Beitrags.

In Kapitel 2 werden die theoretischen Grundlagen für die gesprächsanalytische Untersuchung von Wissen präsentiert. Da die Besonderheiten des Krankheitsbildes somatoforme Störungen beziehungsweise *MUS* (*medically unexplained symptoms*) für die vorliegende Untersuchung eine zentrale Rolle spielen, werden in Kapitel 3 kurz der medizinische Hintergrund zu *MUS* und die Implikationen für das Wissensmanagement im Therapiegespräch dargestellt. An die Präsentation des Datenkorpus und des methodischen Vorgehens sowie der Präzisierung der Fragestellung in Kapitel 4 schließt sich die Darstellung der Analyseergebnisse in Kapitel 5 an. Der Beitrag endet mit einem Fazit in Kapitel 6, in dem unter anderem die Bedeutung von Wissen/Nichtwissenskommunikation in den Daten reflektiert wird.

2. Wissen in institutionellen Gesprächen

Für die konversationsanalytisch basierte Gesprächsforschung, die untersucht, wie Intersubjektivität als Voraussetzung und Ziel in der Interaktion hergestellt wird, ist Wissen in sehr spezifischer Weise relevant. So basiert Intersubjektivität auf geteiltem Wissen (*common ground*, Clark 1992; cf. Deppermann i. Ersch.); dieses lässt sich jedoch nicht direkt „in den Köpfen“ der Beteiligten untersuchen, sondern es werden vielmehr seine Manifestationsformen in der Interaktion in den Blick genommen. Wie Bergmann / Quasthoff (2010: 22 ff.) betonen, muss die empirische, korpusbasierte und beobachtende Untersuchung von Wissen mittels gesprächslinguistischer

Methoden das Problem lösen, dass Wissen als kognitive Größe weder für die beteiligten Akteure noch für die Wissenschaftler/innen direkt zugänglich ist. Daraus folgt, dass Wissen in interaktionaler Perspektive als „Wissenspraktiken“ (ibid.: 21) gefasst wird. Es wird untersucht, wie Interaktionsbeteiligte epistemische Geltungsansprüche von Wissen/Nichtwissen signalisieren und aushandeln, ihre Äußerungen auf (unterstelltes) geteiltes Wissen hin gestalten, Wissensvermittlung ratifizieren sowie Verstehen dokumentieren beziehungsweise Nicht-/Missverstehen reparieren etc. (cf. Dausendschön-Gay / Domke / Ohlhus 2010; Deppermann et al. 2010; Stivers / Mondada / Steensig 2011; Janich / Birkner 2014). Im Zentrum des gesprächslinguistischen Interesses stehen folglich nicht Wissensbestände an sich, über die Interagierende verfügen oder nicht verfügen, sondern Prozesse der intersubjektiven Verständigung und Verfahren der Vermittlung spezifischer Wissensbestände und deren Verfügbar-Machung. Das schließt an wissenssoziologische Positionen an (cf. Knoblauch 2014), die Wissen phänomenologisch fassen und egologisch perspektivieren. Danach existiert Wissen nicht außerhalb von Subjekten, und seine soziale Objektivierbarkeit und Beobachtbarkeit ist untrennbar mit sozialen Erfahrungen, der Verständigung darüber und Aushandlungsprozessen verbunden.

Die Gesprächsereignisse der vorliegenden Studie sind der sog. „Institutionellen Kommunikation“ beziehungsweise dem „Sprechen am Arbeitsplatz“ zuzuordnen (*talk at work*, cf. Drew / Heritage 1992; Arminen 2005). Dies stellt besondere Bedingungen für die Wissenskommunikation bereit, insofern die sprachliche Interaktion hier eng mit der Verrichtung institutionell vorgegebener Aufgaben und Arbeitsabläufe verquickt ist. Das wurde in professionellen Handlungsfeldern von Institutionen und Organisationen wie Schule, Medizin etc. bereits ausführlich untersucht (cf. Birkner / Meer 2012). Wissen spielt zum Beispiel eine Rolle, wenn die Institutionenvertreter/innen als so genannte *Gatekeeper* via der sprachlichen Arbeit entscheidungsrelevantes Wissen generieren, das weitreichende Konsequenzen für die Klienten haben kann; in der medizinischen/therapeutischen Kommunikation beispielsweise bei der Entscheidung über weitere diagnostische Maßnahmen, Medikamentengaben, Krankschreibung und Berentung etc. Linguistische und gesprächsanalytische Arbeiten zeigen die Aushandlungs- und Vermittlungsprozesse hinsichtlich Krankheitstheorien, sowohl im Arzt/Patient- als auch im Therapeut/Patient-Gespräch (Birkner 2006;

Gill / Maynard 2006; Stresing 2011; Burbaum et al. 2010), wenn die (in der Regel) medizinischen „Laien“ unter den Bedingungen der Experten-Laien-Kommunikation (Brünner 2009) als Betroffene in den medizinischen Institutionen auf Ärzt/innen oder Therapeut/innen und deren Krankheits-theorien treffen.

In medizinischen Interaktionen spielen die so genannten *Subjektiven Krankheitstheorien* (SKT) von Betroffenen eine große Rolle (cf. Birkner / Vlassenko, 2015). Groeben et al. (1988: 19) definieren Subjektive Theorien als „Kognitionen der Welt- und Selbstsicht, als komplexes Aggregat mit (zumindest impliziter) Argumentationsstruktur“; die mit so genannten „objektiven“ (wissenschaftlichen) Theorien hinsichtlich vieler Funktionen vergleichbar sind. Im Kontext von Krankheitstheorien werden drei Bereiche besonders hervorgehoben: „Vorstellungen von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung“ (Faller 1997: 265). Ein Hauptfokus im Arzt/Patient-Gespräch (wie auch in gesprächsanalytischen Untersuchungen) liegt häufig auf den Kausalattributionen (das „Entstehen“, s. o. Zitat), die als „Kernstücke“ von SKT betrachtet werden (Wüstner 2001: 309).

Ein zentrales, kritisch diskutiertes Merkmal von Wissen in der institutionellen Kommunikation ist das der Wissensasymmetrien; sie gelten für die Experten/Laien-Kommunikation als konstitutiv (Drew 1991; Drew / Heritage 1992; Brünner 2009). Dabei wird allerdings nicht davon ausgegangen, dass Asymmetrien *a priori* institutionell vorgegeben sind, sondern dass sie von den Beteiligten im Gespräch hergestellt beziehungsweise aktualisiert werden (Heritage 2013; Deppermann i. Ersch.). Die Verteilung von Wissen/Nichtwissen lässt sich nicht einfach auf der Achse Experte/Laie verteilen, vielmehr liegen je spezifische Wissensbestände vor: So haben die Patient/innen partikulares Wissen über die Beschwerden (Art, Umfang, Auslöser, Dauer etc.) und damit hierfür eine hohe epistemische Autorität,² während die Ärzt/innen beziehungsweise Therapeut/innen über diagnostisches Wissen verfügen. Entsprechend unterscheiden sich die wissensgenerierenden Gesprächsanteile in verschiedenen Gesprächsphasen stark. Der Geltungs-

2 Nach Labov/Fanshel (1977) handelt es sich bei dem Krankheitserleben um einen sog. *A-event*, der sich dadurch auszeichnet, dass der Sprecher/die Sprecherin einen primären Zugang dazu hat (cf. Heritage 2012, 2013).

anspruch für Wissens- oder Nichtwissensbestände, den die Interagierenden beanspruchen (können), variiert je nach epistemischen Status (cf. Heritage 2013: 377): Während Ärzt/innen beziehungsweise Therapeut/innen die Deutung hinsichtlich der medizinischen Kategorisierung obliegt, sind Patient/innen die Expert/innen der Krankheitsgeschichte. Betroffene mit chronischen Erkrankungen verfügen darüber hinaus, wie oben erwähnt, über ein erhebliches Maß an medizinischem Wissen und einschlägigen institutionellen Erfahrungen.

Bevor die Verfahren der Bearbeitung in den Therapiegesprächen im Detail beleuchtet werden, wird im folgenden Kapitel die Diagnose *Somatoforme Störung* beziehungsweise allgemeiner das Phänomen *medically unexplained symptoms* (MUS), die als Verdachtshypothese den Hintergrund der Therapiegespräche des Korpus bildet, vorgestellt.

3. Medically unexplained symptoms (MUS)

Unter MUS werden „Körperliche Beschwerden ohne ausreichenden Organbefund“ gefasst.³ Ihr Auftreten in der medizinischen Versorgung ist relativ häufig, wenngleich sie oft nicht frühzeitig als solche diagnostiziert werden (Verhaak et al. 2006; Nimmuan / Hotopf / Wessely 2001). MUS verlangt sowohl von Patient/innen als auch von Mediziner/innen, körperliche Beschwerden zu kategorisieren und zu benennen, bei denen die üblichen somatischen Interpretationen nicht zur Verfügung stehen, da keine direkte Kausalbeziehung zwischen Ursache und Wirkung (z. B. Entzündungsherd > Schmerz) besteht oder bislang nicht entdeckt wurde. Die Beschwerden von MUS-Patient/innen haben in der Regel einen langdauernden Verlauf und können von Chronifizierungen begleitet sein, die wiederum einen eigenen Krankheitswert erlangen.

3 Über die Definition und Klassifikation von *Somatoformen Störungen* wird kontrovers diskutiert; dabei geht es vor allem darum, eine wissenschaftlich angemessene und zugleich praktikable und nicht-stigmatisierende Fassung zu finden. Im Klassifikationssystem DSM-V, dem „Diagnostischen und statistischer Leitfaden psychischer Störungen“ der American Psychiatric Association (2013), wurde die Kategorie der somatoformen Störungen neu definiert. Künftig werden u. a. psychologische Positivkriterien, wie z. B. ausgeprägte Sorge angesichts der Körpersymptome, für die Diagnosestellung vorausgesetzt.

Patient/innen mit MUS stellen sowohl bezüglich der Beschwerden als auch hinsichtlich Art und Ausmaß der Beeinträchtigung eine sehr heterogene Patientengruppe dar. Ökonomisch ist sie relevant für das Gesundheitssystem, da häufig nicht indizierte Behandlungen, zum Beispiel Medikamentengaben, weitere oder wiederholt kostenintensive diagnostische Untersuchungen sowie chirurgische Eingriffe durchgeführt werden, obwohl eine körperliche Ursache bisher trotz umfangreicher Diagnostik nicht nachgewiesen werden konnte. Das ist nicht nur kostenintensiv, sondern führt oft zu Folgebeschwerden, Komorbiditäten, iatrogenen Komplikationen, das heißt, sie verursacht seinerseits Schädigungen (cf. Creed et al. 2011 für eine ausführliche Darstellung zum Krankheitsbild).

Zu der Expertise, die die Patient/innen durch die langwierige, komplexe Krankheitsgeschichte und die intensiven Erfahrungen mit medizinischen Institutionen, Diagnosen und Therapien erwerben, kommen Erfahrungen der Betroffenen mit Stigmatisierungen (als schwierig, unkooperativ, hypochondrisch etc.) hinzu, so dass die Patient/innen häufig großen psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Die fehlende Diagnose geht mit Angst und Verunsicherung sowie nicht zuletzt einer zweifelhaften institutionellen Legitimierung einher. Das Unerklärte nimmt so naturgemäß einen großen Raum in den Gesprächen ein; es äußert sich in den Therapiegesprächen unter anderem in ausgedehnten Suchbewegungen nach Ursachen für die Beschwerden, die im vorliegenden Beitrag in den Mittelpunkt des Interesses gestellt werden und als Formen der Wissenskommunikation untersucht werden sollen.

4. Datenmaterial, Vorgehen und Fragestellungen

Das Datenmaterial, das dem vorliegenden Beitrag zugrunde liegt, stammt aus dem DFG-Projekt „Die psychotherapeutische Behandlung von somatoformen Störungen im Rahmen des psychosomatischen Konsil- und Liaisondienstes“ der Uniklinik Freiburg, Abteilung Psychosomatik (cf. Schweickhardt et al. 2007; Fritzsche / Larisch / Schweickhardt 2005; Stresing 2011). Speziell geschulte Psychotherapeut/innen führten bis zu fünf Gespräche von 45–60 Minuten Dauer mit 49 Patient/innen, die unter medizinisch (bislang) unerklärten Symptomen leiden. Die Gespräche wurde im Zeitraum von 6/2002 bis 10/2004 als Audioaufnahmen aufgezeichnet,

während sich die Patient/innen im somatischen Akutkrankenhaus zur Abklärung der körperlichen Beschwerden aufhielten.

Für die vorliegende Studie wurden 10 Patient/innen (6 weibliche und 4 männliche) mit 5 Therapeut/innen (3 weiblichen und 2 männlichen) in insgesamt 44 Therapiesgesprächen (Dauer ca. 37 Stunden) berücksichtigt. Der Altersdurchschnitt liegt bei 40,3 Jahren, wobei der jüngste Teilnehmer zur Zeit der Aufnahme 18 Jahre alt und die älteste Teilnehmerin 69 Jahre alt war.

Die Therapiesgespräche wurden inventarisiert, transkribiert und mehrfach gesichtet. Dabei wurde eine Kollektion von Sequenzen zusammengestellt, in denen Kausalattributionen der körperlichen Beschwerden, für die bislang keine medizinischen Ursachen gefunden werden konnten, interaktiv bearbeitet wurden. Dabei erwies sich das Motiv der „Suche“ beziehungsweise eine sowohl patientenseitig als auch therapeutenseitig etablierte und gemeinsam durchgeführte Suchbewegung als frequent. Die Belege wurden als Kollektion zusammengestellt und konversationsanalytisch analysiert (Deppermann 1999; Sidnell 2010), das heißt, es wurde mit einem sequenzanalytischen Vorgehen herausgearbeitet, wie sich solche Suchbewegungen im Kontext von MUS manifestieren. Dabei lag ein besonderer Schwerpunkt auf der Frage, wie dies in den Gesprächen interaktional und ko-konstruktiv von den Beteiligten entwickelt wird. Im Speziellen wurden folgende Fragestellungen in den analytischen Fokus gestellt:

- Wie werden Suchbewegungen in Hinsicht auf Kausalattributionen etabliert und welche Formen der Kommunikation über Nichtwissen sind dabei beteiligt?
- Was kennzeichnet Prozesse des Wissenstransfers über Nichtwissen beziehungsweise wie ist das Verhältnis von Nichtwissen und Wissen?
- Welche Ressource stellt Nichtwissen im Kontext der interaktiven Bearbeitung von MUS in Therapiesgesprächen dar?

Im Folgenden werden die Ergebnisse der empirischen Analyse von Suchbewegungen im Korpus der Therapiesgespräche vorgestellt. In 5.1. wird eine beispielhaft vorgeführte erfolglose Suche nach Zusammenhängen analysiert, 5.2 beschäftigt sich mit Ausschlussverfahren, die über die Aufzählung von Wissen das Nichtwissen einkreisen, und 5.3. zeigt die

Verwendung von Metaphern der Kriminalistik und des Rätsels zur Initiierung einer Suchbewegung durch Therapeut/innen. Die Ergebnisse werden in 5.4 zusammengefasst.

5. Suchbewegungen in Therapiegesprächen

Im thematischen Kontext der Ursachen der Beschwerden schildern Patient/innen bereits erfolgte, nichtsdestotrotz ergebnislose Suchen; dabei handelt es sich um ein wiederkehrendes Phänomen, dessen Formen und interaktive Funktionen nun detaillierter herausgearbeitet werden sollen.

5.1 Beispielhaft vorgeführte erfolglose Suche nach Zusammenhängen

Im folgenden Beispiel erfragt die Therapeutin mögliche Begleitumstände für das zuvor vom Patienten erwähnte Auftreten der Beschwerden an einem konkreten Tag, woraufhin der Patient seine grundsätzlichen Bemühungen um das Herstellen von Zusammenhängen betont.

Beispiel (1) Pat95m-1 T6w „komme nit dahinter“

01 T: am FREItag ham sie gesagt;
 02 FREItag abend hätten sie beschwe' (--)
 03 wär_s hätten sie_s geHABT;
 04 und am [samstag]MORgen-
 05 P: [hm_hm-]
 06 hm_hm-
 07 T: in (.) ABgeschwächter form;
 08 (---) ging dem irgendwas vorAUS am freitag abend;
 09 P: 'hm'hm
 10 WIRKlich nit;
 11 T: (.) hm_hm;
 12 (3.14)
 13 P: ALso;
 14 (1.16)
 15 T: kam (--) grad ÜBER sie;
 16 P: hm_hm;
 17 (2.12)
 18 ich hab mir schon SO oft wollt ich äh: (--) beziehungen
 (.) HERstellen (-) [zwischen AUFTreten der [sympTome,
 19 T: [hm_hm; [ja-
 20 P: und (--) was VORher war unmittelbar oder [vielleicht
 21 T: [hm_hm;
 22 P: (früher); .h (--)
 23 komm NIT dahinter;

- 24 T: (.) hm_hm;
 25 (1.34)
 26 das heißt sie suchen SELBST auch nach möglichen
 AUSlösern; ne,=
 27 =oder ob_s irgend[was GIBT,
 28 P: [ja-
 29 (-) dass ich da mal daHINter komm;=
 30 T: [ja-
 31 P: =[oder dass ich SAGen kann und dann könnt ich (-) unter
 umständen des eben auch MEIde[n,
 32 T: [ja-
 33 P: oder (-) oder (.) es wär dann auch viel EINFacher;
 34 dann könnt ich sagen heiJA KLAR,
 35 T: (.) hm_hm,
 36 P: (-) ja-
 37 T: des muss ich (.) [ANders machen (daMIT);
 38 P: [ich HAB ja vorher geRAUCHT;
 39 oder ich HAB ja vorher .h (-) eh:: w eh n:e ZEITschrift
 40 gelesen;=
 41 =oder ich hab vorher FERNseh geschaut oder IRgendw[ie;
 42 T: [hm_hm,
 43 P: .h (--) aber (1.28) da bin i NO_it dahinter geKOMmen;
 44 (1.0)
 45 T: es KÖNNten auch eh sachen sein die einem nicht so leicht
 ZUGänglich sind;

Die Frage der Therapeutin, ob dem vom Patienten zuvor berichteten Auftreten der Beschwerden etwas vorausging, verneint dieser entschieden (Z. 09–10). Die Aussage stützt er mit der Erklärung, dass er bereits selbst sehr oft „beziehungen (.) herstellen“ wollte zwischen dem Auftreten der Symptome und den Begleitumständen (Z. 18). Seine Äußerung zeigt im Sinne einer Verstehensdokumentation (cf. Deppermann 2010), dass er die Frage der Therapeutin als Frage nach Auslösern der Beschwerden und damit nach Kausalattributionen verstanden hat. Er betont dabei, dass er trotz intensiver Bemühungen („sO oft“, Z. 18) bisher erfolglos geblieben ist: „komm NIT dahinter“ (Z. 23). In der Metaphorik dieses Phraseologismus wird ein Rätseln evoziert; er bezeichnet einen bislang vergeblichen Versuch, Zusammenhänge zu entdecken, indem räumlich-metaphorisch ein Davorstehendes verhindert, das relevante Dahinterliegende zu sehen.

Die Therapeutin formuliert eine Nachfrage, in der sie die Aktivitäten des Patienten als eigeninitiative Suche nach Auslösern fremdformuliert: „das heißt sie suchen SELBST auch nach möglichen AUSlösern; ne, =oder ob_s irgend[was GIBT,“ (Z. 26 f.) (zur Fremdformulierung von Patientenäußerungen durch Psychotherapeut/innen cf. Weiste / Peräkylä 2013). Der

Patient bejaht und benennt das Ziel, wie schon zuvor, als „dass ich da mal daHINter komm;“ (Z. 29). 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. 31). Er setzt an, in Form zitierter Eigenrede fiktive Schlussfolgerungen aus den Erkenntnissen zu formulieren („heija KLAR;“ Z. 34), die aber die Therapeutin zu Ende führt, indem sie in deiktischer Verschiebung als „Ich“ des Patienten spricht: „des muss ich (.) [ANders machen (daMIT);“ (Z. 37). In Überlappung damit formuliert der Patient sodann beispielhafte potentiell verursachende Tätigkeiten: rauchen, Zeitschrift lesen, fernsehen (Z. 38 ff.) und schließt mit einer dritten Verwendung des Phraseologismus *dahinter kommen* den Rahmen: „aber (1.28) da bin i NO_it dahinter geKOMmen;“ (Z. 43).

Mit diesen Darstellungen wird auf das Ungeklärte verwiesen, indem ein Sichtbares, die „Vorderbühne“ der Körpersymptome, aufgerufen wird, hinter dem Auslöser liegen, 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.

Der Patient erkennt 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 Offenheit für psychosomatische Kausalattributionen (KA) selbst trivialsten Ursprungs.⁴ Allerdings positioniert er die Frage der Therapeutin als äußerst naheliegend (und damit vielleicht auch als nicht zielführend, wenn es um neue Erklärungsansätze gehen soll), da er signalisiert, dass er diese Art von simpler Erklärungssuche bereits ausgiebig und erfolglos selbst getätigt hat. Die Therapeutin reagiert darauf, indem sie – konjunktivisch abgeschwächt (cf. „KÖNNten;“ Z. 55) – einwendet, dass die Zusammenhänge

4 Die beispielhaft aufgeführten Suchdimensionen rauchen, Zeitschrift lesen, Fernseh schauen sind allerdings höchst unspezifisch und wenig medizinisch; entweder verdeutlicht der Patient damit seine Bereitschaft zur Akzeptanz unwahrscheinlichster Ursachenzusammenhänge oder er ridiculisiert sie auf diese Weise. Die Therapeutin schließt lediglich an die erste Möglichkeit an.

auch „nicht so leicht ZUGänglich“ (ibid.) sein könnten. Damit dokumentiert sie zum einen, dass sie die Ausführungen des Patienten als Anspruch versteht, bereits eine ausreichende Suche absolviert zu haben; zum anderen qualifiziert sie die exemplifizierten Suchdimensionen als unzureichend, die Suche als nicht tiefschürfend genug und etabliert damit eine Ausgangsbasis für die alternative Sicht auf somatoforme Ursachentheorien.

Ursachenattributionen werden hier als Nichtwissensbestände behandelt, als ein spezifisches Nichtwissen, dessen Überführung in Wissensbestände in beiderseitigem Interesse liegt. Allerdings ist der Weg, wie an dieses Wissen zu gelangen ist, unklar, nicht zuletzt, da die Dimensionen des Ungeklärten schwer ergründbar sind.

Indem Patient/innen von der eigenen erfolglosen Suche berichten, exemplifizieren sie ihre grundsätzliche Offenheit und Kooperativität. Sie lehnen psychosomatische Kausalattributionen nicht ab, sondern belegen durch die beispielhaft vorgeführten Suchbewegungen die Bereitschaft, entsprechenden Ansätzen nachzugehen. Im gleichen Atemzug können psychosomatische Kausalattributionen unter Verweis auf die Ergebnislosigkeit der bisherigen Suche aber auch zurückgewiesen werden. Diese doppelte Bewegung, einerseits Kooperation zu dokumentieren und gleichzeitig das Zutreffen der Theorie auf die eigene spezifische Situation abzulehnen, arbeiten auch Stresing (2011) und Burbaum et al. (2010) an mehreren Fallbeispielen detailliert heraus.

5.2 Ausschlussverfahren

Ein häufig anzutreffendes Muster in den Suchbewegungen ist das Ausschlussverfahren, bei dem angeführt wird, dass Faktoren, die eine psychosomatische oder auch eine somatische Kausalattribution plausibel erscheinen lassen würden, bei der betreffenden Person nicht vorliegen. Wie im ersten Beispiel werden damit psychosomatische Zusammenhänge grundsätzlich anerkannt, jedoch für den eigenen Fall abgelehnt. Patientin 7 leidet seit drei 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; daraufhin expliziert die Patientin diejenigen psychischen Domänen, die sie bei der Ursachensuche bereits in Betracht gezogen hat, allerdings ohne fündig zu werden.

Beispiel (2) Pat7w-1 T3m „tyschisch kann ich mir nich vorstellen“

01 P: =un ich: WEIß nich wie DES eigent[lich (---) WEItergeht
02 T: [hm_hm
03 P: [jetz:-
04 T: [aber sie verMÜten schon dass IRGendwie ne: ne orGANische
erKRANKung;
05 die bisher nichts öh: so RICHTig h. (-) öh diagnostIZIERT
worden ist [(bisher);
06 P: [ja.
07 P: ver!MU!te ich [mal;
08 T: [mhmh,
09 [ich KANN_S nicht FEST[legen;
10 T: [hmhm- [hmhm;
11 P: des: WILL ich auch nicht [aber; (--)
12 T: [hm-
13 P: ich ver!MUT!e es eher;
14 T: <<p>hm_hm;> (-)
15 P: denn (-) TSYCHisch kann ich mir nich VORstelln,=
16 =weil (.) WIE gesagt ich hab viel [SPORT gemacht;=
17 T: [hm_hm-
18 P: =ich hab mich viel ABgelenkt, (---)
19 ich hab meine KINDer wo ic[h:-
20 T: [hm_hm;
21 P: also- (--)
22 T: ja; (--)
23 P: von DER seite her EIGentlich !NICHT!;
24 un ich HAB auch (.) kEine schlechte KINDheit gehabt;
25 P: [=um auf den PUNKT zu [komm; ;
26 T: [hm_hm; [((lacht leise))
27 P: ja(*h),
28 nebenBEI(*h) nur ge[sagt;
29 T: [ja.
30 hm_hm;
31 P: und- (---)
32 wir sin GLÜCKlich verHEIRat mein mann und ich;=
33 =wir sin ZWANZig jahre zu!SAMM:!!; (--)
34 wir ham ALles DURCH;
35 [=un; (-)
36 T: [hm;
37 P: also (sonst) GIBT_S keine;=
38 T: =hm_hm; (-)
39 T: so DASS das eigentlich gar nich plausibel [is eigentlich;
40 P: [!NEIN!

Der Therapeut fremdformuliert sein Verständnis der somatischen SKT der Patientin als Deklarativsatzfrage (Spranz-Fogasy 2010), wobei er neben der Verstehensdokumentation auch eine Ratifizierung einholt: „aber sie verMÜten schon dass IRGendwie ne: ne orGANische erKRANKung; die

bisher nichts öh: so RICHTig h. (-) öh diagnostiZIERT worden ist (bisher);“ (Z. 04 f.). Das wird von der Patientin bestätigt (Z. 06). Im Anschluss relativiert diese den Geltungsanspruch, indem sie mit dem Verb *vermuten* (Z. 07) die Worte des Therapeuten aufgreift und betont, es nicht festlegen zu können (Z. 09) und auch nicht zu wollen (Z. 11). Abschließend wiederholt sie noch einmal die Qualifizierung des Geltungsanspruchs als Vermutung (mit starker Akzentuierung) „ich ver!MU!te es eher;“ (Z. 13). Mit der lexikalischen Wahl des epistemischen Verbs *vermuten*, vom Therapeut in der Nachfrage vorgegeben und von der Patientin ratifiziert, wird eine epistemische Haltung ausgedrückt, die nicht Gewissheit darstellt, aber in diesem Kontext und der prosodischen Form doch mit einem hohen Geltungsanspruch versehen ist.

Im nächsten Zug schließt die Patientin 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. 16),
- „ich hab mich viel ABgelenkt,“ (Z. 18),
- „ich hab meine KINDer“ (Z. 19),
- „un ich HAB auch (.) kEine schlechte KINDheit gehabt;“ (Z. 24),
- „wir sin GLÜCKlich verHEIRat mein mann und ich;“ (Z. 32).

Mit diesen Angaben erläutert die Patientin *ex negativo* die psychosozialen Belastungen, die ihrer Meinung nach eine psychosomatische SKT rechtfertigen würden (und expliziert damit *en passant* salutogene Vorstellungen). Da bei ihr diese Belastungen aber nicht vorliegen, ist der Ausschluss einer psychosomatischen Kausalattribution gut begründet. 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 nich plauSibel is eigentlich;“ (Z. 39).

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. 25) andeutet, dass sie hier einen Topos abhakt. Das leise Lachen des Therapeuten ratifiziert die Aussage als ironischen Kommentar und Distanzierung, beide Beteiligte

schmunzeln einvernehmlich (cf. die Patientin in Z. 27 „ja(*h)“ und in Z. 28 „nebenBEI(*h) nur ge[sagt;“).

Die Patientin vollzieht hier eine typisch medizinische Ausschlussdiagnostik und begründet damit ihre Distanzierung von nicht-organischen Kausalattributionen für ihre Person. Dem psychosomatischen Erklärungsmodell, das sie unter der Kategorie „psychisch“ subsummiert und das sich in ihrer Konstruktion auf die Bereiche mangelnde sportliche Betätigung, fehlende Ablenkung, fehlende oder belastende soziale Einbindung und „schlechte Kindheit“ bezieht, erteilt sie eine entschiedene Absage mit dem Verweis, dass diese nicht auf sie zuträfen. Dieses Alternativmodell ist ohne epistemische Einschränkungen sehr konkret formuliert. Die Patientin positioniert sich in dieser Absage als psychisch stabil und sozial integriert. Hier und in weiteren, nicht präsentierten Stellen beharrt sie auf ihrem somatischen Erklärungsmodell und schließt das nur unbestimmt als „psychisch“ bezeichnete Alternativmodell emphatisch aus.⁵

Interessant ist hier die Verwendung der Ausschlussdiagnostik, um eine epistemische Haltung zu begründen, die auf der Formulierungsebene als Vermutung bezeichnet wird, in der Begründung aber durchaus als zwingend erscheint. Die Erfolglosigkeit der Suche nach psychosomatischen Auslösern wird damit in Übereinstimmung zu somatischer Ausschlussdiagnostik begründet. Deren Logik lässt sich umkehren: Wenn keine relevanten psychosomatischen Belastungen zu erkennen sind, steigt die Plausibilität von (bislang unerkannten) medizinischen Ursachen.

So auch im folgenden Beispiel. Die Schmerzpatientin in Beispiel (3) leidet seit mehr als 10 Jahren unter starken Rückenschmerzen, für die bisher keine organischen Ursachen gefunden wurden.

5 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 resultierte 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.

Beispiel (3) Pat22w-1 T7w „ausschlieÙe“

16 P: un ich war halt IMMer nach- (---)
 17 auf de SUChE-
 18 <<:>ob=s> (--) was (-)<<:>>orGANisches> isch aber- (---)
 19 also- (--)
 20 <<p>man kann_s inzwische wirklich AUSSchlieÙe dass es (.)
 organisch isch>;

Die Ausschlusslogik wird sehr deutlich benannt. Die Patientin berichtet von ihrer langwährenden Suche nach einer organischen Ursache für die Beschwerden (Z. 16 ff.). Da nichts gefunden wurde, kann man es „inzwische wirklich AUSSchlieÙe dass es (.) organisch isch;“ (Z. 20). Interessant ist der Wechsel vom „ich“ (Z. 16) zum „man“ (Z. 20); das suchende Ich in der 1. Person Singular unterwirft sich dem gegenläufige Schlussfolgerungen ziehenden, generalisierten und distanzierenden „man“. (Dabei bleibt übrigens der per Ausschlussverfahren ermittelte Gegenpol zum Organischen unbenannt.)

Im weiteren Verlauf der Suche nach möglichen nicht-organischen Ursachen durchleuchtet die Patientin verschiedene Zeitdimensionen. Sie berichtet zunächst von ihrer Freude an künstlerischen Hobbys, die sie aufgenommen hat, nachdem die Kinder das Haus verlassen haben, resümiert, dass eine nicht-organische Ursache der Beschwerden nicht in der derzeitigen Lebensphase liegen könne und schließt als stützende Argumente an, dass ihre beiden Kinder beruflich erfolgreich seien und sie jetzt auch „zwei süÙe Enkelkinder“ habe. Diese Argumentation ist äußerst parallel zu der von Patientin 7 im vorangehenden Beispiel, sowohl in Bezug auf die Ausschlusslogik als auch salutogene Vorstellungen.

Die Erfolglosigkeit der Suche nach psychosomatischen Auslösern wird in Analogie zu somatischer Ausschlussdiagnostik plausibilisiert: Wenn trotz intensiver diagnostischer Suche kein Anhalt für somatische Ursachen gefunden wird, werden psychosomatische Erklärungen in Erwägung gezogen. Das verfügbare Wissen wird argumentativ so angeordnet, dass das nicht verfügbare Wissen klar in einer der dichotomen Ursprungsdomänen, psychisch versus somatisch, verortet wird.

5.3 Initiierung von Suchbewegungen durch Therapeut/innen

Die Therapeut/innen verwenden bisweilen auffällige Metaphern, mit denen sie sehr explizit auf eine „Suche“ Bezug nehmen. Im folgenden Beispiel (4) wird die Suche als eine spezifische, nämlich kriminologische Ermittlung von Evidenzen etabliert.

Beispiel (4) Pat57m-2 T1w „Spürhund, Kriminologe“

((Kontext: Patient begründet die erneute diagnostische Abklärung des Organischen mit der Unzufriedenheit über fehlende Diagnosen.))

39 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, (--)
 48 <<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 gstellt-

Nachdem der Patient 57 zuvor über die bislang unbefriedigende Suche nach organischen Ursachen gesprochen hat, verschiebt die Therapeutin den thematischen Fokus auf psychische Kausalattributionen („und WO MEIN: sie könnte WENN überhaupt das (----) sein,“ Z. 57). Dazu kündigt sie einen Perspektivwechsel an: „jetzt: ZIEHN wir das ganze nochmal von HINTen (--)
 rum auf;“ (Z. 43) und lädt den Patienten zur Imaginierung eines fiktiven Szenarios ein (cf. Brünner / Güllich 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 (cf. 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 Zeile 56 markiert die Therapeutin außerdem den Formulierungsprozess als noch im Entstehen begriffen und nicht als vorausgeplante Intervention. Sie erweckt den Eindruck, die psychosomatische Kausalattribution sei eine *ad hoc* entwickelte Idee und nicht ohnehin konstitutiver Bestandteil einer (psychosomatisch orientierten) Therapie. Die einzelnen Schritte werden jeweils der Ratifizierung durch den Patienten anheimgestellt (cf. Z. 45, 50, 54), so dass durch die Zustimmung sukzessive eine Präsuppositionsstruktur legitimiert wird, die schließlich in der Frage nach psychischen Kausalattributionen 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. Die Therapeutin setzt ihn relevant, wobei der Patient als Experte seiner Beschwerden positioniert wird und als agentivisch Handelnder im therapeutischen Suchprozess nach verborgenen Zusammenhängen eine Ermächtigung erfährt. Solche 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. Indem die Therapeutin den Patienten als „sie SELber wären ihr bester (.)

SPÜRhund“ positioniert, ermächtigt sie ihn, sein partikuläres Betroffenwissen einzubringen, allerdings unter der Bedingung, in dem „so-tun-als-ob“-Spiel die Prämisse *psychische Verursachung* anzuerkennen.

Hier wie an anderen Stellen 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. Das Nichtwissen ist somit nicht durch eine mangelnde Suchbereitschaft, fehlende Offenheit gegenüber psychosomatischen Erklärungen oder ähnlichem selbstverschuldet.

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

Beispiel (5) Pat22w-3 T7w „wie Kriminologen auf der Spur“

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

- 01 P: es kann aber dann au wieder (noch) e_FOLge dann (-) von
 VORher sein. (---)
- 02 ((lacht))
- 03 ich kann mich nicht erINnern,
 04 dass ich mich da geÄrgert hätt. oder- (.)
 05 dass da irgendwas WAR was mir net (.) ZUSagt; oder so.
- 06 T: [<<h>mhm?>]
- 07 P: [<<pp>(das WAR nich!)]
- 08 T: <<h, pp>mhm? (-) (nee)>
- 09 müssen wir uns nicht an_n haarn herBEIziehn;
 10 irgendwas was vielleicht konstruIERT is;
 11 das is (ja) nich (der) sinn der SAche. (-)
 12 aber wir sind ja wie die kriminoLOgen auf der !SPUR!.
- 13 P: mhm;
- 14 T: <<p>auf der spur.> (-)
- 15 ham sie das gefühl dass wir dem Näher kommen?
- 16 P: (schnalzt) ja:?
- 17 also ich hab schOn_s gefühl dass es was bestimmtes AUS'
 18 also was bestimmtes AUSlöst-

19 aber was;
20 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. Jedoch befinde man sich in einem gemeinsamen Suchprozess: „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. 17 f.). Damit ist der Suchprozess generell legitimiert, die Patientin betont aber im nächsten Zug, dass sie vom *Finden* noch weit entfernt sei: „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 „wir waren ja LETZtes mal so auf der SPUR (-) von DEM gefühl was da so daHinter (.) hätte stecken können“ oder Fragen „wie (-) wann haben sie=s !ER!ste mal gemerkt“ oder „ging dem irgendwas voraus.“ Gemeinsam ist diesen Therapeuteninterventionen, dass die Ursachen der Beschwerden als Ungeklärtes relevant gesetzt und zugleich die Suche nach Klärung als eine neue Initiative etabliert werden kann. Diese wird häufig durch das inklusive *wir* als gemeinsames Unterfangen gerahmt. Dieser Prozess ist immer verbunden mit einer Ermächtigung des Betroffenen zum Experten für die Beschwerden, mit exklusivem Zugriff auf Symptome und biographisches Wissen. Die Funktion des Therapeuten ist dabei die eines Fragenden, der die Antworten protokolliert, gegebenenfalls durch Nachfragen Anteil nimmt und neue Zusammenhänge aufweist (cf. Therapie als „Hebammenkunst“, Deppermann 2009).

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 (6) Pat14m-4 T7w „Heuhaufen“

((Im Kontext der Ursachensuche in der Familiengeschichte fordert die Therapeutin den Patienten auf, an ihrer Stelle Fragen an sich selbst zu formulieren; das weist der Patient mit Bezug auf sein Nichtwissen (*ich WEISS nich. keine AHnung=*) zurück.))

- 01 T: =schwIERig; gell?
 02 P: schon.
 03 T: ja;? (.)
 04 .hh es is wie (.) wie so die NAdel im HEUhaufen
 suchen; ne?
 05 (--)
 06 T: aber ich DENK so zuSAMmen- (-)
 07 P: könnt_s schOn funk(tioNIERN).
 08 T: ja:? (2.4) ehm (4.4) ja (1.2)

Die Therapeutin baut die Evaluation „schwierig“ im folgenden Redezug durch einen metaphorischen Vergleich aus: „ja, .hh es is wie (.) wie so die NAdel im HEUhaufen suchen; ne?“ (Z. 04). Das Comparans bleibt mit „es“ unbestimmt, bezieht sich aber nicht mehr nur auf die Aufgabe, Fragen zu formulieren, sondern nimmt das Geschehen im Therapiespräch insgesamt in den Fokus. Es handelt sich hier um einen metaphorischen Vergleich des therapeutischen Prozesses mit der Suche nach einer Nadel im Heuhaufen. Das Comparandum wird mit dem Phraseologismus als eine akribische, potentiell frustrierende Suche mit ungewissem Ausgang bestimmt.

Den Slot für eine Erwiderung dieser pessimistischen ersten Bewertung lässt der Patient jedoch – zumindest verbal – verstreichen (Z. 03). 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. 06) vervollständigt er durch „könn_t_s schOn funk(tioNIERN)“ (Z. 07). In der 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.

5.4 Zusammenfassung

Die Suchbewegungen und Attributionen erweisen sich als ein komplexes Gewebe mit vielschichtigen Bezügen, in das Wissen und Nicht-Wissen

gleichermaßen in den Umgang mit dem Ungeklärten einfließt. Ein wiederkehrendes Muster ist der Verweis auf oder die Demonstration einer bisher erfolglosen Suche, im Zuge derer zuvor erwogene Erklärungsmodelle widerlegt wurden. Dies wird als ein zeitlicher Prozess mit einer eigenen Dynamik abgebildet, der für die Erfassung der Komplexität und des Wesens von SKT/Kausalattributionen nicht ausgeblendet werden darf. Im Zuge der Suchprozesse werden Erklärungsmodelle als mehr oder weniger plausibel, in verschiedenen Phasen mehr oder weniger zutreffend etc. präsentiert: 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 oft nicht erkennen. Im Gegenteil: im Rahmen der Suchbewegungen ziehen einige Patient/innen ausgesprochen gegensätzliche Erklärungen für ihre Beschwerden heran und wägen zwar das Für und Wider ab, häufig aber ohne zu einem eindeutigen Ergebnis zu kommen. Sie positionieren sich mit verschiedenen Strategien gegenüber wechselnden Erklärungsmodellen und nutzen dabei die Möglichkeit, ein Modell zu postulieren und zugleich auf einer anderen Ebene in Frage zu stellen.

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 von Körper versus Seele 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 Diagnoselogik verwendet, allerdings unter umgekehrten Vorzeichen.

Die im Rahmen der Suchbewegungen formulierten „Suchaufträge“ werden mehr oder weniger explizit als solche kenntlich gemacht (z. B. die Frage des Therapeuten, ob sich der Patient auch alternative Erklärungen für seine Beschwerden vorstellen könnte). Es finden sich jedoch insbesondere in den argumentativen Ausführungen der Patient/innen Passagen, in denen Belege für eine somatische Erklärung beziehungsweise Widerlegungen angeführt werden, die Schlussfolgerung (einer notwendigen somatischen Abklärung) jedoch unausgesprochen bleibt. Die Patient/innen formulieren implizit oder explizit einen Appell und verlängerten Suchauftrag in Richtung Somatik

und kontern insbesondere insistierende Suchaufforderungen der Therapeuten in psychosomatische Richtung.

Neben der anamnestischen Funktion, Informationen über den bisherigen Verlauf und die bisherige diagnostische Abklärung zu liefern, können unterschiedliche interaktive Funktionen dieser Darstellungen in Erwägung gezogen werden: Indem verschiedene Erklärungsmodelle entwickelt und widerlegt werden, kann ein Patient/eine Patientin die eigene Suchbereitschaft belegen. Damit wird Kooperationsbereitschaft und Glaubwürdigkeit dargestellt.

Zugleich rechtfertigt die erfolglose Suche das Nichtwissen, verweist auf die Notwendigkeit einer weiteren somatischen Abklärung und legitimiert somit unter anderem die (erneute) Inanspruchnahme der medizinischen Institutionen für die weitere Ursachenforschung. 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. 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 (Japp / Japp 2005). Diese verschiedenen Dimensionen sind im jeweils spezifischen Kontext unterschiedlich gewichtet.

Diskutiert man die therapeutische Funktionalität der besonderen Rahmung durch die Verwendung starker Metaphern, die eine intensive, zielorientierte Suche beschreiben, zeigt sich zum einen, dass sie das Arbeitsbündnis der Beteiligten stärken kann. Zum anderen kann sie jedoch auch die bisherige Erfolglosigkeit der Suche in den Fokus stellen. Hier gilt es therapeutisch anzuschließen.⁶

6 Ob es sich dabei (beiderseits?) um eine Scheinkooperation handelt, müsste mithilfe des jeweiligen weiteren Verlaufes geklärt werden. Die gemeinsame Rahmung als Suche kann auch als ein Deckmäntelchen dienen, um sich von der

6. Fazit: Nichtwissenskommunikation

Im vorliegenden Artikel lag der Fokus auf der Rekonstruktion von konversationellen Verfahren der Nichtwissenskommunikation, wie sie in vielen der therapeutischen Gespräche des Korpus vorkommen: die Suchbewegungen im Zusammenhang mit Kausalattributionen für körperliche Beschwerden. Dies bildet erstens ein weiteres Mosaiksteinchen zu einem umfassenderen Verständnis von Interaktionen in therapeutischen Gesprächen im Allgemeinen und der Bearbeitung von SKT und Kausalattributionen bei MUS im Speziellen. Zweitens wird der konversationelle Umgang mit Nichtwissen beleuchtet und gezeigt, wie Nichtwissen im Therapiegespräch relevant gesetzt wird und welche Funktionen ihm in der Aushandlung von SKT im Gespräch zwischen Therapeut/innen und Patient/innen zugewiesen werden.

Bei den analysierten Suchbewegungen tritt Wissen wesentlich als *Nichtwissen* auf (cf. Janich / Simmerling 2015). Im Gegensatz zu *Unwissenheit* ist dieses *Nichtwissen* ein „identifiziertes Nichtwissen“ (Gottschalk-Mazouz 2007: 34) und zeichnet sich dadurch aus, dass „jemand in irgendeiner Weise weiß, dass er oder sie etwas nicht weiß“ (ibid.). Unwissen spielt in den untersuchten Sequenzen nur am Rande eine Rolle, und auch Wissenskonflikte, zum Beispiel aufgrund von explizitem „Anders-Wissen“, werden zwischen den Interagierenden nicht ausgetragen (wenngleich die Patient/innen in ihren Krankheitsnarrativen häufig davon berichten).⁷ Das Wissen/Nichtwissen, um das es geht, hat einen „alltagspraktischen“ Bezug in den therapeutischen Gesprächen, insofern es in Zusammenhang mit der Diagnose beziehungsweise der Suche nach einer erfolgreichen Therapie steht. Es geht um Kausalbeziehungen, bei der die Folge (also die Beschwerden) bekannt ist, während die Ursache unbekannt ist.

Allerdings spielen in den untersuchten Interaktionen weniger die Idealtypen *Wissen* – *Nichtwissen* – *Unwissen* eine Rolle, sondern es geht zum einen um die (Selbst- und Fremd-)Verortung gegenüber Wissensbeständen, das heißt um Geltungsansprüche, Legitimierungen, das Verschieben der Grenzbereiche von Gewissheiten hin zu Nichtwissen beziehungsweise

eigenen Position nicht abbringen lassen zu müssen; möglicherweise taucht die „scheinbare“ Unwissenheit und Suche so betont und häufig in den Daten auf.

7 Formen von Wissenskonflikten sind allerdings an anderen Stellen der Gespräche aufzeigbar, cf. dazu den Artikel Burbaum et al. (2010).

vice versa, und zum anderen um dessen Funktionalisierung. Identifiziertes Nichtwissen und Wissen gehen in den untersuchten Therapiegesprächen Hand in Hand; so wird Nichtwissen durch Wissen konturiert, und Nichtwissen dient als argumentative Ressource, um den Wunsch nach Wissen und nicht zuletzt auch die Suchbewegungen selbst zu legitimieren. Die untersuchten Suchbewegungen zeigen die Ko-Konstruktionen von Patient/innen und Therapeut/innen, die vom spezifischen Kontext (psychosomatisches Konsilgespräch im Akutkrankenhaus) mit bestimmt werden. Das gemeinsam im Gespräch konstruierte Wissen, im Sinne einer interaktiv erarbeiteten und geteilten Sicht auf zum Beispiel die Plausibilität von SKT beziehungsweise Kausalattributionen, wird dabei maßgeblich durch den spezifischen Relevanzkontext des Akutkrankenhauses bestimmt. Für die therapeutische Arbeit erweist es sich im gegebenen Setting jedoch oft als fatal, dass die „*voice of medicine*“ (Mishler 1984) – im Gegensatz zur „*voice of therapy*“ – in den Suchbewegungen omnipräsent bleibt, wenn zum Beispiel medizintypisches „ausschlussdiagnostisches Rasonnieren“ die dichotome Konzeptualisierung von Körper versus Seele reifiziert. So bemerkt schon Kirmayer die Zwickmühle psychosomatischer Diagnosen, bei der „forms of clinical truth are borrowed from the therapeutic context to create and authorize meanings for ambiguous or ill-defined conditions and inchoate suffering“ (Kirmayer 1994: 183). Therapeutische Interpretationen hingegen zielen auf das „pragmatic problem of ‘how to continue’ and hence, with the improvisation of meaning“ (ibid.).

Insgesamt wurde deutlich, dass auch salutogene SKT, die in den Daten aufscheinen, in den Blick zu nehmen sind. Sie werden häufig in der Ablehnung bestimmter pathogener Kausalattributionen und als Umkehrschluss explizit gemacht, bisweilen werden auch direkt salutogene Vorstellungen angeführt. Eine systematische Analyse steht hierfür jedoch noch aus.

Literatur

- Ammon, Sabine / Heineke, Corinna / Selbmann, Kirsten (Hrsg.), 2007: *Wissen in Bewegung. Dominanz, Synergien und Emanzipation in den Praxen der ‚Wissensgesellschaft‘*. Velbrück: Weilerswist.
- Arminen, Ilkka, 2005: *Institutional Interaction. Studies of Talk at Work*. Ashgate: Aldershot.

- Becker, Hans, 1984: „Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung“. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 34, 313–321.
- Beckers, Katrin, 2012: *Kommunikation und Kommunizierbarkeit von Wissen. Prinzipien und Strategien kooperativer Wissenskonstruktion*. Erich Schmidt Verlag: Berlin.
- Bergmann, Jörg / Quasthoff, Uta, 2010: „Interaktive Verfahren der Wissensgenerierung: Methodische Problemfelder“. In: Dausendschön-Gay, Ulrich / Domke, Christine / Ohlhus, Sören (Hrsg.): *Wissen in (Inter)Aktion*. de Gruyter: Berlin, 21–34.
- Birkner, Karin, 2006: „Subjektive Krankheitstheorien im Gespräch“. *Gesprächsforschung – Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion* 7, 152–183.
- Birkner, Karin, 2015: „Wiedererzählte Krankheitsnarrative im Vergleich: Zwischen Variabilität und Geronnenheit“. In: Gülich, Elisabeth et al. (Hrsg.): *Wiedererzählen. Formen und Funktionen einer kulturellen Praxis*. transcript: Bielefeld.
- Birkner, Karin / Burbaum, Christina, 2013: „Suchbewegungen im Therapiegespräch. Formen der interaktiven Bearbeitung von Kausalattributionen bei körperlichen Beschwerden ohne Organbefund“. *InList* 53. <http://www.inlist.uni-bayreuth.de/issues/53/>.
- Birkner, Karin / Janich, Nina, 2014: „Text und Gespräch“. In: Felder, Ekkehard / Gardt, Andreas (Hrsg.): *Handbuch Sprache und Wissen*, Band 1, de Gruyter: Berlin et al., 195–220.
- Birkner, Karin / Meer, Dorothea, 2012: *Kommunikation im Alltag – Kommunikation in Institutionen: Überlegungen zur Ausdifferenzierung einer Opposition*, Verlag für Gesprächsforschung: Mannheim.
- Birkner, Karin / Vlassenko, Ivan, 2015: „Subjektive Krankheitstheorien“. In: Busch, Albert / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Handbuch Sprache und Medizin*, de Gruyter: Berlin et al.
- Birkner, Karin / Janich, Nina (Hrsg.), i. Ersch.: *Handbuch Text und Gespräch*. de Gruyter: Berlin et al.
- Brünner, Gisela, 2009: „Die Verständigung zwischen Arzt und Patient als Experten-Laien-Kommunikation“. In: Klusen, Norbert / Fließgarten, Anja / Nebling, Thomas (Hrsg.): *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient*. Nomos: Baden-Baden, 170–188.

- Burbaum, Christina / Stresing, Anne / Fritzsche, Kurt 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 Education and Counselling* 84(1), 139–140.
- Burbaum, Christina / Stresing, Anne / Fritzsche, Kurt / Wirsching, Michael / Auer, Peter / Lucius-Hoene, Gabriele, 2010: „Medically unexplained symptoms as threat to patients' identity: A conversation analysis of patient reactions of psychosomatic attributions“. *Patient Education and Counseling* 79(2), 207–217.
- Busch, Albert / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.), 2015: *Handbuch Sprache und Medizin*, de Gruyter: Berlin et al.
- Clark, Herbert H., 1992: *Arenas of Language Use*. University of Chicago press: Chicago.
- Creed, Francis / Henningsen, Peter / Fink, Per (2011): *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Dausendschön-Gay, Ulrich / Domke, Christine / Ohlhus, Sören (Hrsg.), 2010: *Wissen in (Inter)Aktion*. de Gruyter: Berlin.
- Deppermann, Arnulf, 1999: *Gespräche analysieren. Eine Einführung in konversationsanalytische Methoden*. Leske + Budrich: Opladen.
- Deppermann, Arnulf, 2009: „Therapeutisches Fragen als Hebammenkunst“. *Psychoanalyse. Texte zur Sozialforschung* 13(2), 154–162.
- Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.), 2010: *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Narr: Tübingen.
- Deppermann, Arnulf, 2010: „Zur Einführung: ‚Verstehen in professionellen Handlungsfeldern‘ als Gegenstand einer ethnographischen Konversationsanalyse“. In: Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Narr: Tübingen, 7–26.
- Deppermann, Arnulf, i. Ersch.: „Wissen im Gespräch: Voraussetzung und Produkt, Gegenstand und Ressource“. In: Birkner, Karin / Janich, Nina (Hrsg.): *Handbuch Text und Gespräch*. de Gruyter: Berlin et al.

- Drew, Paul, 1991: „Asymmetries of knowledge in conversational interactions“. In: Marková, Ivana / Foppa, Klaus (Hrsg.): *Asymmetries in dialogue*. Harvester Wheatsheaf: Hemel Hempstead, 21–48.
- Drew, Paul / Heritage, John (Hrsg.), 1992: *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. CUP: Cambridge.
- Drew, Paul / Heritage, John, 1992: „Analyzing Talk at Work: An Introduction“. In: Drew, Paul / Heritage, John (Hrsg.): *Talk at Work. Interaction in Institutional Settings*. CUP: Cambridge, 3–65.
- Faller, Hermann, 1990: *Subjektive Krankheitstheorie und -verarbeitung bei Herzinfarkt-rehabilitanden*. Peter Lang: Frankfurt a. M.
- Faller, Hermann, 1997: „Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz“. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 45, 264–278.
- Felder, Ekkehard / Gardt, Andreas (Hrsg.), 2014: *Handbuch Sprache und Wissen*, Band 1, de Gruyter: Berlin et al.
- Fritzsche, Kurt / Larisch, Astrid / Schweickhardt, Axel, 2005: „Psychotherapeutische Kurzinterventionen bei somatisierenden Patienten im Krankenhaus“. *Psychotherapeut* 6, 404–414.
- Gill, Teresisa / Maynard, Douglas W., 2006: „Explaining illness: patients’ proposals and physicians’ responses“. In: Heritage, John / Maynard, Douglas W. (Hrsg.): *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press: Cambridge, 115–150.
- Gottschalk-Mazouz, Niels, 2007: „Was ist Wissen? Überlegungen zu einem Komplexbegriff an der Schnittstelle von Philosophie und Sozialwissenschaften“. In: Ammon, Sabine / Heineke, Corinna / Selbmann, Kirsten (Hrsg.): *Wissen in Bewegung. Dominanz, Synergien und Emanzipation in den Praxen der ‚Wissensgesellschaft‘*. Velbrück: Weilerswist, 21–40.
- Gülich, Elisabeth et al. (Hrsg.), 2015: *Wiedererzählen. Formen und Funktionen einer kulturellen Praxis*. transcript: Bielefeld.
- Harter, Lynn M. / Japp, Phyllis M. / Beck, Christian S. (Hrsg.), 2005: *Narratives, Health, and Healing*. Lawrence Earlbaum Association: Mahwah, N.J.
- Heritage, John / Maynard, Douglas W. (Hrsg.), 2006: *Communication in Medical Care: Interaction between Primary Care Physicians and Patients*. Cambridge University Press: Cambridge.

- Heritage, John, 2013: „Epistemics in conversation“. In: Sidnell, Jack / Stivers, Tanya (Hrsg.): *The handbook of conversation analysis*. Wiley: Malden / Mass., 370–394.
- Janich, Nina, i. Ersch.: „Nichtwissen in Text und Gespräch“. In Birkner, Karin / Janich, Nina (Hrsg.): *Handbuch Text und Gespräch*. de Gruyter: Berlin et al.
- Janich, Nina / Simmerling, Anne, 2015: „Linguistics and Ignorance“. In: Groß, Matthias / McGoey, Lindsay (Hrsg.): *Routledge International Handbook of Ignorance Studies*. London / New York: Routledge, 125–137.
- Janich, Nina / Nordmann, Alfred / Schebek, Liselotte (Hrsg.), 2011: *Nichtwissenskommunikation in den Wissenschaften*. Lang: Frankfurt a.M. et al.
- Japp, Phyllis M., Japp, Debra K., 2005: „Desperately seeking legitimacy: Narratives of biomedically invisible disease“. In: Harter, Lynn M. / Japp, Phyllis M. / Beck, Christian S. (Hrsg.): *Narratives, Health, and Healing*. Lawrence Earlbaum Association: Mahwah, N.J., 107–230.
- Kirmayer, Laurence J., 1994: „Improvisation and Authority in Illness Meaning“. *Culture, Medicine and Psychiatry* 18(2), 183–214.
- Klusen, Norbert / Fließgarten, Anja / Nebling, Thomas (Hrsg.), 2009: *Informiert und selbstbestimmt: Der mündige Bürger als mündiger Patient*.
- Knoblauch, Hubert, 2014: *Wissenssoziologie*, 3. Auflage. UBT: Stuttgart.
- Labov, William / Fanshel, David, 1977: *Therapeutic discourse: Psychotherapy as conversation*. Academic Press: New York.
- Marková, Ivana / Foppa, Klaus (Hrsg.), 1991: *Asymmetries in dialogue*. Harvester Wheatsheaf: Hemel Hempstead, 21–48
- Mishler, Elliot G., 1984: *The discourse of medicine. Dialectics of medical interviews*. Ablex: Norwood, NJ.
- Nimnuan, Chaichana / Hotopf, Matthew / Wessely, Simon, 2001: „Medically unexplained symptoms: an epidemiological study in seven specialities“. *Journal of Psychosomatic Research* 51(1), 361–367.
- Schweickhardt, Axel / Larisch, Astrid / Wirsching, Michael / Fritzsche, Kurt, 2007: „Short-term psychotherapeutic interventions for somatizing patients in the general hospital: A randomized controlled study“. *Psychotherapy and Psychosomatics* 76, 339–346.

- Sidnell, Jack, 2010: *Conversation Analysis. An Introduction*. Wiley-Blackwell: Malden.
- Sidnell, Jack / Stivers, Tanya (Hrsg.), 2013: *The handbook of conversation analysis*. Wiley: Malden / Mass.
- Spranz-Fogasy, Thomas, 2010: „Verstehensdokumentation in der medizinischen Kommunikation: Fragen und Antworten im Arzt-Patient-Gespräch“. In: Deppermann, Arnulf / Reitemeier, Ulrich / Schmitt, Reinhold / Spranz-Fogasy, Thomas (Hrsg.): *Verstehen in professionellen Handlungsfeldern*. Tübingen: Narr, 27–116.
- Stivers, Tanya / Mondada, Lorenza / Steensig, Jakob, (Hrsg.) 2011: *The Morality of Knowledge in Conversation*. CUP: Cambridge, UK.
- Stresing, Anne, 2011: *Die interaktive Bearbeitung von psychosomatischen Krankheitsmodellen im psychotherapeutischen Gespräch mit somatoformen Patienten. Eine konversationsanalytische Untersuchung*. Universität Freiburg, retrieved 10.03.2014, from http://www.freidok.uni-freiburg.de/volltexte/7986/pdf/Dissertation_Anne-Maria%20Stresing.pdf.
- Verhaak, P.F. / Meijer, S.A. / Visser, A.P. / Wolters, G., 2006: „Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice“. *Family Practice* 23(4), 414–420.
- Weiste, Elina / Peräkylä, Anssi, 2013: „A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy“. *Research on Language and Social Interaction* 46(4), 299–321.
- Wüstner, Kerstin, 2001: „Subjektive Krankheitstheorien als Gegenstand der genetischen Beratung am Beispiel des Wiedemann-Beckwith-Syndroms“. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 51, 308–319.