

Fehlleistungen als Empathie-Chance – die Gegenläufigkeit von „Projekten“ der Patientin und der Therapeutin

**Marie-Luise Alder, Eva-Lotta
Brakemeier, Michael Dittmann, Florian
Dreyer & Michael B. Buchholz**

Psychotherapie Forum

ISSN 0943-1950

Psychotherapie Forum

DOI 10.1007/s00729-015-0056-1





Fehlleistungen als Empathie-Chance – die Gegenläufigkeit von „Projekten“ der Patientin und der Therapeutin

Eine verhaltenstherapeutische Sitzung und ihr Anfang

Marie-Luise Alder¹ · Eva-Lotta Brakemeier² ·
Michael Dittmann¹ · Florian Dreyer¹ · Michael B. Buchholz¹

Eingegangen: 5. Oktober 2015 / Angenommen: 9. November 2015
© Springer-Verlag Wien 2015

Zusammenfassung Das Beispiel der Fehlleistung einer Patientin zu Beginn einer verhaltenstherapeutischen Sitzung wird zum Ausgangspunkt einer Einzelfallstudie genommen. Mit den Mitteln der Konversationsanalyse wird gezeigt, welche Chancen in der Wahrnehmung einer Fehlleistung liegen bzw. umgekehrt, welche verspielt werden. Die ganz restliche Sitzung ist vom Thema der Fehlleistung bestimmt, sie organisiert die Beziehung, das Verständnis des Rahmens und der wechselseitigen Rollen. Die Differenz zwischen dem Persönlichen und der Rolle wird verschoben. Empathie als therapeutische Basiskompetenz muss eine theoretische Stütze haben, sollen Phänomene wie Fehlleistungen nicht ignoriert bleiben. Das Ergebnis dieser Studie an genauen Transkriptionen ist, dass Empathie sich in Konversationen realisieren und bewähren kann, wenn deren Details feinkörnig genug wahrgenommen werden. Empathie ist keine individuelle Kompetenz, sondern realisiert sich in subtilen Kooperationen – oder aber nicht in deren Verweigerung.

Schlüsselwörter Psychoanalyse · Verhaltenstherapie · Fehlleistung · Konversationsanalyse · Einzelfall-Analyse

Slip of the tongue as opportunity for empathy - the reversed directedness of "projects" by a patient and her therapist.

Abstract A patient in a session of behavior therapy commits a Freudian parapraxis relevant for what follows in the session. This is taken as a starting point for a single case conversation analysis (CA). CA is a well known tool in psychotherapy process research. The role of theory as “sensitizing concept” is discussed as relevant for what we see how the therapist responds to the parapraxis. As psychoanalytic authors we got support in our view by Eva-Lotta Brakemeier, full professor for cognitive behavioral therapy at Psychologische Hochschule (PHB), Berlin. Questions of professional integration vs. difference between behavioral therapy and psychoanalysis can be discussed more fertile along such concrete examples.

Keywords slip-of-the-tongue · conversation analysis · cognitive behavior therapy · empathy

Einleitung

Empathie boomt. Sie wird entdeckt als Gleitmittel in zwischenmenschlichen Beziehungen; sie baut Modellbildungen vom Menschen um, indem ihre Erforschung zeigen kann, dass Menschen keineswegs primär „selfish“ sind, sondern auf Kooperation hin orientiert, ja dass Kooperation (Enfield 2006) überhaupt Grundlage für die gewaltigen evolutionären Leistungen ist, die Menschen von ihren nächsten genetischen Verwandten unterscheidet (Levinson und Enfield 2006). Empathie ist der Intuition nahe verwandt, sie hat emotionale und kognitive Komponenten und manche schreiben ihr sogar eine epistemologische Rolle zu (Vignemont und Singer 2006); sie avanciert zu einem Synonym für Verbunden-

Elektronisches zusätzliches Material Die Online-Version dieses Artikels (doi: 10.1007/s00729-015-0056-1) enthält zusätzliches Material, welches für autorisierte Benützer zugänglich ist.

M. B. Buchholz (✉) · M.-L. Alder · M. Dittmann · F. Dreyer
International Psychoanalytic University,
Berlin, Deutschland
E-Mail: buchholz.mbb@t-online.de

E.-L. Brakemeier
Psychologische Hochschule Berlin (PHB),
Berlin, Deutschland

heit und diese Verbundenheit hat sogar als „embodied simulation“ (Gallese und Lakoff 2005) das Potenzial, die alten cartesischen Trennungen zwischen dem Körperlichen und dem Geistigen zu überwinden (Buchholz 2014a). Dass Empathie von allen therapeutischen Schulen als entscheidend angesehen wird, muss kaum noch erwähnt werden. Neue Untersuchungen (Weiste und Peräkylä 2014) haben begonnen, feinkörnige Details in den Blick zu nehmen.

Jedoch, es gibt auch nicht geringe Probleme. Empathie kann in diesem hier nur skizzierten, sich jedoch weit ausdehnenden Bezugsrahmen zwischen „embodiment“, neurowissenschaftlichen Zugängen und „social theory“ kaum noch definiert und von anderen Bezügen abgegrenzt werden. Es gibt die wenig thematisierte Frage nach der „Richtung“ der Empathie – immer nur vom Therapeuten aus? Oder haben auch Patienten Empathie? Zudem taucht ein weiteres Problem auf. Manche Forschungen sprechen von neuronaler Synchronisation (Abrams et al. 2013; Dumas et al. 2010; Hasson et al. 2012) und die Befunde sind nicht nur beeindruckend, sondern auch faszinierend. Sie zeigen, dass Außergewöhnliches zwischen empathisch verkoppelten Menschen geschehen kann, die sich rhythmisch synchronisieren und „embodied attuned“ (Gallese et al. 2007) sind.

Wenn es ein „brain-to-brain-coupling“ gibt, wenn dies für Kooperation und Intuition (Marks-Tarlow 2014), für das Verstehen von Intentionen und Emotionen so zentral ist, dann natürlich auch in der Psychotherapie – hier ist Empathie geknüpft an Sprechen. Empathie muss sich artikulieren. Das ist mehr als nur Austausch von Worten, fängt bei den Säuglingen und ihren Müttern an (Braten 2009), das ist rhythmisch in Beiträgen jedes Sprechers und synchronisiert in Sprecherwechseln, das teilt mit und wird gehört oder nicht, es drückt aus und steuert zugleich die Art und Weise des Hörens (Mozziconacci und Hermes 1997; Rodero 2011), es schafft eine gemeinsame lokale Welt („unser Gespräch“) und nimmt zugleich umfänglich Bezug auf großräumige kulturelle Ressourcen. Im Sprechen, insbesondere im empathisch-therapeutischen Sprechen, ist „Musik drin“ (Buchholz 2014b). Patientin und Therapeutin verfolgen dabei lokale Projekte wie z. B. „Gefühle spielen eine große Rolle, wir sollten sie deshalb auch mit reflektieren“. „Projekte“ sollen (mit Goffman 1978) verstanden werden als implizite Antworten auf die ebenso *implizit*, nur selten *ausdrücklich* gestellte Frage, „was tun wir hier?“ oder „was ist hier los?“.

Was sind „Projekte“?

In der therapeutischen Situation gibt es Ziele, die durch Projekte angesteuert oder realisiert werden. Projekte sind nicht mit Zielen oder Teilzielen (Dittmann, 1979) identisch. Projekte müssen so vorgeschlagen werden, dass deutlich wird, dass das, „was wir hier tun“ nicht etwa Kaffeeklatsch, freundschaftliches Gespräch, Verhör, Beichte oder Anbaldeln ist – und die Mittel für diese

Verdeutlichung können keine anderen als das Gespräch selbst sein.

Projektartikulation, Einwilligung, Durchführung und „Evaluation“ sind die vier Schritte, an denen entlang der Prozess sich entfaltet. Das vorgeschlagene Projekt kann etappenweise den Rahmen der therapeutischen Arbeit definieren. Das Projekt kann allerdings auch auf Ablehnung stoßen oder zum *Gegenstand* therapeutischer Arbeit werden. Die jeweiligen (impliziten) Antworten auf die genannten Grundfragen *konstituieren* ihrerseits das Feld der Möglichkeiten für weitere Projekte. Dabei stellt sich rasch die nächste Situation, dass die je Einwilligende meist ihr eigenes „Projekt“ in Teilen oder im Ganzen zeitweilig aufgeben muss. Auch in unserem, gleich zu präsentierendem Beispiel könnte keine von beiden machtvoll autoritär ein „Projekt“ durchsetzen oder erzwingen.

Diese Situation wird kompliziert dadurch, dass Zeichen von Ablehnung oder Zustimmung in vielfältiger und maskierter Weise gegeben werden können.

Ein Beispiel aus dem CEMPP-Datencorpus

Ein solches „Projekt“ der Therapeutin ist im folgenden Beispiel die Ausfüllung von Fragebögen durch die Patientin; die Patientin hingegen verfolgt offenbar ein ganz anderes Projekt. Wir sehen hier den Anfang einer vierten verhaltenstherapeutischen Sitzung aus dem Corpus des Forschungsprojektes CEMPP (Conversation Analysis of Empathy in Psychotherapy Process Research), das derzeit an der Berliner IPU¹ durchgeführt wird. Von Tonbandaufnahmen verhaltenstherapeutischer, tiefenpsychologischer und psychoanalytischer Sitzungen wurden detailgenaue Transkripte angefertigt. Ziel des Projekts ist, die genannten therapeutischen Schulen nicht auf der Ebene „ideologischer“ Selbstaussagen, sondern auf der Ebene des konkreten Tuns, d. h. v. a. Sprechen, miteinander zu vergleichen – hinsichtlich der Empathie, bei der ein unterschiedlicher Einfluss theoretischer Orientierungen der Schulen abschätzbar werden könnte.

Insgesamt kommen aus jeder therapeutischen Schule fünf Behandlungen zur Untersuchung, von denen jeweils eine Stunde aus dem Anfang, aus der Mitte und aus der Endphase der Behandlung untersucht wird. Die Erstellung der 45 Transkriptionen auf GAT-Niveau (Couper-Kuhlen und Barth-Weingarten 2011) ist sehr aufwendig, hier sind also arbeitsökonomische Entscheidungen zu fällen gewesen.

Aus der Audio-Aufnahme und dem Transkript wird nicht deutlich, wie die Begrüßung zwischen Therapeutin und Patientin stattgefunden hat oder was zwischen beiden vor der Aufnahme passiert ist. Die Aufnahme

¹Das von der Köhlerstiftung finanzierte Projekt vergleicht an Transkripten die Empathie-Darstellung in therapeutischen Konversationen von psychoanalytischen, tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen Behandlungen.

beginnt mit 10 s Stille. Die Transkriptionsnotationen werden im Anhang erläutert.

Bsp. 1 (Ausschnitt)

(10.00) ((quietschende Geräusche))

P: also diese Fragebö::gen; (-) die sind schon immer sehr schwierig auszufalln (1.2) a auszufülln h h h h ((nasal))

T: was ä:: was [empfinden Sie als =

P: [.hh ((lachend)) = ↑ICH FIND DES SO SO ANSCH (.) SO

↑STRESSIG Weil ich mir immer denk ich kann das gar net so beurteilen.

Nach der Pause ergreift die Patientin das Wort. Mit kontrastivem „also“² unterscheidet sie Schweigen und ihr jetziges Reden, sie autorisiert sich, das Wort zu ergreifen. Sie knüpft an ein Thema an, welches beiden vertraut ist: die Fragebögen.

Die Patientin benutzt zunächst das Wort „auszufalln“, korrigiert sich nach einer kleinen Pause von 1,2 s jedoch durch „auszufülln“ und atmet anschließend durch die Nase in mehreren kleinen Stößen aus. Solchen Selbst-Korrekturen hat die Konversationsanalyse erhebliche Aufmerksamkeit gewidmet (Drew et al. 2013; Schegloff et al. 1977). Sie lassen erkennen, dass die Sprecherin auch Selbst-Hörerin ist, dass sie sich also zuhört und vernimmt, was sie gesagt hat und wie T ihre Äußerung hören und auffassen könnte und es ist diese Auffassung, die der therapeutischen Hörerin unterstellt wird, die sogleich „repariert“ werden soll³. In dieser Selbst-Korrektur steckt – Empathie! Für das, was die Therapeutin hören *könnte*. Das kleine peinliche Lachen (Hepburn & Potter 2012) ist wohl davon motiviert.

Wir wollen in detaillierter Analyse der weiteren Sequenzen vom Anfang dieser vierten Psychotherapiestunde untersuchen, wofür solche Selbstkorrekturen relevant sind und ob es einen Unterschied macht, ob die Therapeutin sie hört und sie als relevant in die gemeinsame Konversation aufnimmt – oder eben nicht.

² Diese kleinen „sweet little nothings“ wie „So“ oder ein einleitendes „Also“ werden in aller Regel von Therapeuten nicht bemerkt oder jedenfalls nicht erwähnt. Sie machen jedoch für Gesprächsführung, Atmosphäre, für kognitive Kategorisierungsprozesse sehr viel aus, sie bilden Kontraste oder schließen zusammen, sie positionieren einen Sprecher im Beziehungsraum und regulieren Affekte (Barske und Golato 2010; Golato 2012).

³ Diese Art von Ersetzung der einen durch eine andere Äußerung wird als „replacing“ Schegloff (2013) bezeichnet (S. 43). Den in Frage stehenden Zusammenhang betont Schegloff (2013, S. 68) mit den Worten: „what speakers do to provide for recipients the recognizability of a repair operation“.

Fehlleistungen

Hier kann es nicht um „Richtigkeit therapeutischen Vorgehens“ gehen, als vielmehr darum, das Gehör für solche Begebenheiten zu schärfen. Was „repariert“ wurde, ist eine Fehlleistung, welche die P begeht. Ihnen hatte die Psychoanalyse besonders Aufmerksamkeit gezollt, erstaunlicherweise gibt es hier Konvergenzen mit Auffassung der Konversationsanalyse (Kazanskaya und Kächele 2000; Schegloff 2000). Wenn sie weitere Bedeutung im Verlauf haben, rechtfertigt sich überhaupt erst daraus die Notwendigkeit einer Beschäftigung mit ihnen. Wir werden darüber hinaus fragen, ob sich in ihnen verschiedene Projektvorstellungen äußern und welchen Einfluss ihre offene oder verdeckte Thematisierung auf den Therapieverlauf hat.

Jeder kennt Versprecher. Ein Beispiel aus Freuds Vorlesungen zu Fehlleistungen: „Meine Herren, ich konstatiere die Anwesenheit von ... Mitgliedern und erkläre somit die Sitzung für geschlossen.“ (Freud, S. 27). Wenn ähnlich klingende Worte beim Sprechen vertauscht werden, oder ein falsches Wort beim Sprechen „heraus rutscht“, verleiht dies dem Gesagten nicht nur einen anderen Sinn. Wahrgenommen wird an der eigenen Äußerung die Mitteilung eines bislang verborgenen Sinns. Auch wenn er unterdrückt wurde, verliert er nicht motivierende Kraft, sondern kann gerade aus dieser Position der momentanen Verdrängung heraus die bewusste Redeabsicht überrumpeln.

Dies passt in die Tradition der Konversationsanalyse (Jefferson 1996), die sich mit kleinen sprachlichen Phänomenen beschäftigt und sie sequenziell nach ihrer Bedeutung im Kontext untersucht (Peräkylä et al. 2008; Sidnell und Stivers 2013). Schegloff (2000) beschreibt das Wiederauftauchen eines unterdrückten Wortes in Anlehnung zur unbewussten Verdrängung und macht eine interessante Beobachtung: Das unterdrückte Wort kann sich in ähnlichen Worten bald beim nächsten Sprecher wieder zeigen. Das hat eine mikrostrukturelle soziale Funktion. Beide Sprecher teilen in einem solchen Fall die Fehlleistung und die erzeugte Spannung wird abgemildert. Sehen wir uns die vollständige Sequenz des Stundenbeginns vom oben gezeigten Beispiel an.

Bsp. 2 (Bsp. 1 + Fortsetzung)

(10.00) ((quietschende Geräusche))

P: also diese Fragebö::gen; (-) die sind schon immer sehr schwierig auszufalln ((Blätter rascheln)) (1.2) a auszufülln h h h h ((nasal))

T: was ä:: was [empfinden Sie als =

P: [.hh ((lachend)) = ↑ICH FIND DES SO SO ANSCH (.) SO ↑STRESSIG weil ich mir immer denk ich kann das gar net so beurteilen. auch d↑iesen Fragebogen.h>hab ich ja eigentlich gedacht<ich brauch den gar net ausfüllen, des trifft alles nicht zu, (--) brauch gar nichts. (---) komm in die Welt↓zweifel mit diesen Fra: >↑ich hab immer so< ↑viele Fragebörgen auszufülln; =

T: = [Ja::

originalarbeit

P: [>auch wieder dieses< Interview; (-) °da denk ich immer mein Gott also° (1) is ja so schwie:rig,
T: wir könnten ihn ja dann mal *durchgeh:n*,
(1.2)
P: wäre so *professionell* dann (--)>i hol ma<die Bögen, (h) ((lacht))
(34.9)) ((Schritte, Tür knallt zu, Schritte))

Die Patientin korrigiert sich erneut: Sie spricht laut und deutlich und ersetzt das begonnene Wort „ANSCH“ (Z.5) nach einer Mikropause – was wohl „anstrengend“ heißen sollte – zu „SO STRESSIG“ (Z.5/6). Dabei bleibt sie durch die Selbstkorrektur von „ansch“ (anstrengend) zu „stressig“ unklar in ihrer Fokussierung: Die Beschreibung von „anstrengend“ wäre eher selbstreferentiell, da das Verb zumeist reflexiv verwendet wird. „Stress“ steht allgemeiner für einen Spannungszustand bzw. eine Belastung, die auftritt. Das Wort „Stress“ besitzt noch keine Implikationen hinsichtlich der Stressoren. Da Ärger immer „gerichtet“ ist, kann man an dieser Stelle fragen: Darf er auch hörbar werden?

Verschiedene Projekte

Fassen wir kurz zusammen: Es scheint, als habe sich das „Projekt“ der Patientin in der Fehlleistung zu Beginn angedeutet. Die Selbstkorrektur von „auszufallen“ zu „auszufüllen“ zeigt, wie ungern sie Fragebögen oder Hausaufgaben machen möchte. Ein eigenes Projekt der Patientin zeichnet sich noch nicht ab. Die Therapeutin wiederum versucht, ihre Projektvorstellung in der Situation zu realisieren, in dem sie die Fragebögen als Regulativ für das Gespräch vorschlägt.

Schauen wir uns nun die Reaktion der Patientin an, nachdem sie die Fragebögen geholt hat.

Bsp. 3 (Fortsetzung)

T: A:Iso. (-) letzte Sitzung.
(-)
P: (h)m(h) ((lachend)),h letzte Sitzung.
(2.4) ((Papier rascheln, irgendwas wird durchblättert))
P: *MEINE Hausarbeiten*. die hab ich ja nun gemacht.
(--) chi(h)i(h)in ((lacht)) (1) ((schnieft))>hätt ich gedacht<mein Gott jetzt muss ich mich nun *wieder* hin setzen und muss irgendwelche *Fra:gen* beantworten; i(h)is j(h)a entsetzlich(h) (1.7) de(h)s war des *NEGAtive*; (h) wa(h)s ich au(h)s der Sitz(h) ung mitge(h)nommen hab. ey das ist ja *schrecklich*, wenn ich jetzt ständig (--)..hh hunderttausend *Fragebögen* ausfüllen muss; und vor allem wenn ich dann davor sitze und die dann *le:se*, denk ich *oh Gott* da weiß ich überhaupt nichts zu *beantworten*.
(-) aber irgendwie beantworte ich's dann halt auch.
(--) versuch mir dann auch nicht mehr *allzu* viele *Gedanken* zu machen, ob das jetzt alles so;=
T:=ja:: was ist denn das, wenn Ihnen (--) nix:
(-)<dazu einfallen;> [tät.

P: [↑]JA
(3.65)
T: würds ja vielleicht ↑auch [nichts machen=
P: [a=Bitte?
T: Würds ja vielleicht auch nichts=
P: =JA::=
T: =machen
P: JA aber des bin wieder *ich*
T: °mhmh,°
P: des is wieder so [typisch; da krieg ich so
T: [ah!
P: einen *FRAGE*bogen? .h und *mein*, ich muss den jetzt=*su:per* professionell? (---) intelligent, o(h) w(h)as w(h)eiß ich w(h)as <aus>fülln.hhh ((zischend durch die Zähne))
T: also, dass der Leser hhh [(h)h(h)]
P: [(h)e?] (-) ja.hh ((zischend durch die Zähne))
P: (?>>und wieder dann<<?)
((2:59))
P: das ist wieder typisch. (-) naja *gut*.
(--)
T: mhmh
(3.2)

Zu Beginn der Sitzung beginnt die Patientin zunächst über das Ausfüllen der Fragebögen zu klagen. Die Therapeutin unterstützt die Aversion der Patientin gegen die Fragebögen, sie pflichtet ihr bei, indem sie 1) der Empörung der Patientin nichts entgegnet und 2) ihr offenbart, dass es „auch nichts machen“ würde, gäbe es keine Antworten. Damit wird den Fragebögen Relevanz entzogen. Der Fragebogen hatte v. a. eine Funktion als Gesprächsregulativ; er ist professioneller Gesprächsmarker. Die Patientin hatte die *persönliche* Notwendigkeit des Fragebogens wenig anerkannt, ihm aber eine Art *wissenschaftliche* Relevanz zugestanden. Die Therapeutin hatte ihn als *professionelles* Gesprächsregulativ eingeführt. Indem die Therapeutin nun jedoch zweimal feststellt, dass das Nicht-Ausfüllen „nichts machen“ würde, lässt sie Raum zur Spekulation über *ihre* Ideen zur Relevanz der Fragebögen.

Die Mitteilung, dass es „nichts machen“ würde, die Fragebögen nicht auszufüllen, ist ohne Einbettung in eine kognitive Strategie (s. oben) überraschend, weil die Patientin die Fragebögen als Hausaufgabe bekommen hatte. Mit der Infragestellung der Fragebögen wird zweifelhaft, welche Bedeutung dem *professionellen* Rahmen jetzt noch zuerkannt werden kann?

Die Patientin antwortet der Therapeutin nicht auf ihre ambige Aussage, sondern äußert mehrfach laut „JA“ (Z.50&52). Sie präsentiert sich als kritischste Beobachterin ihrer selbst und fokussiert sofort darauf, alles „super professionell“ und „intelligent“ (Z.57) machen zu *müssen*. Dieser Zwang, es so machen zu müssen, wird von der Patientin als für sich typisch erachtet. Es sei nicht der Fragebogen, der Probleme mache, sondern sie selbst! Die Patientin spricht damit *ihr* persönliches *Thema* an; das ist das „Projekt“ der Patientin.

Die bisherige Analyse zeigt verschiedene Schwierigkeiten des professionellen Gesprächs. Es muss als solches „markiert“ werden. Zieht sich jedoch die Therapeutin von einem solchen Markierungsmittel zurück, kippt das Gespräch in ein ganz anderes Register – es wird unklar, um was es sich jetzt hier eigentlich handelt? Aus verhaltenstherapeutischer Sicht verhält sich die Therapeutin nicht gemäß den Maximen der Transparenz, Offenheit und Klarheit bzgl. der angewandten Strategien (z. B. transparente Aufklärung über Sinn und Bedeutung der Fragebögen) jedoch auch bzgl. der therapeutischen Beziehungsgestaltung (vgl. Zimmer 2011).

Die Aushandlung des neuen Gesprächsrahmens

Sehen wir, wie das Gespräch sich fortsetzt.

Bsp. 4 (Fortsetzung)

T: hh <was denken Sie denn wenn Si:e jetzt Ihren Fra:gebogen,> (-) also nehmen wir an Sie wären ich
P: (h)e hhh ja(h), ((lachend))
(---)

T: und sie würden ihren Fragen; Fragebogen jetzt le:sen. =

P: =Ja. (1.9) dann würd ich erstmal denken des ja eine fürchterliche Schrift; [(hhh)]

T: [(h)e(h)e(h)e]

P: so. (--) des weiß ich auch (1.3) ((räuspert))
(1,8) des ist eigentlich das einzige, was ich nicht krampfhaft versuche zu verbessern fällt mir bei der Gelegenheit ein. ich weiß, dass ich eine schreckliche Schrift habe.h und ich weiß auch dass viele (-) Menschen die sich darüber schon irr-sinnig geärgert haben und ich dann auch schon Leute in Schwierigkeiten gebracht habe wegen (-) N(h)ummern, die nicht stimmt(h)en, Telefonnummern, oder dies nicht lesen konnten, und und und; (--) des is ganz eigenartig; und des des ärgert mich auch aber ich müsst mir da mehr Mühe geben und komischerweise des tu ich nicht. des fällt mir jetzt grade zu wird mir jetzt im Moment eigentlich gerade bewusst, (---) DASS ICH SONST IMMER versuch jedem alles [richtig zu machen? aber meine
T: [°alles richtig zu machen°

P: Schrift hab ich bis zum heutigen ↑Tag noch nicht °verbe(h)ssert°

T: Aber wissen Sie was wir dann machen?

(1.7)

T: Ä::hrm es gibt glei:ch eine Hausaufgabe?

(--)

→P: schön schreiben; [oder was

Der Perspektivwechsel wird in der Verhaltenstherapie als kognitive Methode eingesetzt, um Patienten zu einer anderen, neuen Sicht auf ein Problem einzuladen. Die Patientin soll mit dem Blick der Therapeutin urteilen („nehmen wir an, Sie wären ich“), wobei auch hier diese

Strategie transparent eingeführt hätte werden können, so dass der Patientin das Ziel dieser Übung klar wird.

Die Patientin setzt ihre Projekt-Exposition fort; sie beschreibt ihren Perfektionismus als „krampfhaft“ Versuche, zu „verbessern“ – und ihr fällt dabei „zu“ (Z.82), dass sie zwar versuche, es jedem Recht zu machen, ihre Schrift allerdings noch nicht verbessert habe. Damit beschreibt sie nicht nur ihren Perfektionismus, sondern darüber hinaus ein Beziehungsmuster, das sie zugleich als Gesprächsthema neu einbringt. Zugleich restituiert die Patientin damit den bisherigen Gesprächsrahmen und hält daran fest, dass sie Patientin in einem professionellen Kontext ist.

Diese selbstkritische Projekt-Exposition der Patientin am Beispiel ihrer Schrift beantwortet die Therapeutin mit einer Art technischem Vorschlag, der erneut das Persönliche („Wir“, Z.86) akzentuiert. Sie sucht, der Patientin den therapeutischen Mehrwert der Arbeit am Fragebogen zu demonstrieren. Sie wandelt die kritische Selbstbeobachtung der Patientin in eine Hausaufgabe um.

Therapeutische Hausaufgaben sind in der Verhaltenstherapie ein unverzichtbarer Bestandteil und können vielfachen Zielen dienen (Fehm und Mrose 2008). Gut vorbereitete Aktivitäten des Patienten zwischen den Therapiesitzungen sind ein integraler Bestandteil jeder Verhaltenstherapie und grenzen sie auch von anderen Therapieformen ab. Bei nicht sachgerechter Durchführung können Hausaufgaben jedoch auch erhebliche Nebenwirkungen haben. Wie im Fall ersichtlich führen die Hausaufgaben hier zu Überforderung, Unbehagen und der Förderung von Selbstabwertung.

So formuliert die Therapeutin nun die Hausaufgabe:

Bsp. 5 (Fortsetzung)

P: schön schreiben [oder was

T: [Sie lassen (-) alles andere? (1.5).h < a:ber (.) bei der Schrift?> (1) Also net, dass Sie die Schrift verändern solln das ist e:h. (.) schwie:rig und ↓weiß ↓ich ↓net ↓ob ↓das ↓überhaupt a:ber; (---) Sie achten bei der Schrift drauf, dass bei allem (-) und je:dem was Sie schreiben?

P: m hm.

T: die Sachen gu:t leserlich sind, so dass Si:e persö-nlich damit zufrieden sind.

P: m:hm.

(1.6)

P: also egal, was ich schreib;

(2)

T: den ganzen Rest können Sie sich sparen, (---) da dürfen Sie so sein, wie Sie sind, oder (--) wir drehen das sozusagen um. der ganze Rest, ist jetzt Ihre Schrift? (.) und Ihre Schrift, ist jetzt das was Sie zeigen.

(--)

→P: aha. (1.7) >° na, gut; °<

(5.1)

Detailliert, aber widersprüchlich, beschreibt die Therapeutin die Hausaufgabe. Sie will nicht, dass „Sie

die Schrift verändern solln“ und äußert auch, dass sie nicht weiß, „ob das überhaupt“ machbar ist; doch soll die Patientin darauf achten, dass alles gut leserlich wird.

Deutlich wird hier, dass die Therapeutin wichtige verhaltenstherapeutische Durchführungsregeln von Hausaufgaben ungenügend beachtet (vgl. auch Zimmer 2011): Sinn und Zweck des Ziels der Aufgabe muss dem Patienten unmissverständlich klar sein, was hier nicht der Fall ist. Idealerweise sollten die Hausaufgaben eine Antwort auf ein Anliegen des Patienten sein, was durch die widersprüchliche Aufgabe nicht realisiert wird. Wichtig bei Hausaufgaben ist auch, dass Vorschläge des Patienten berücksichtigt werden, was die Therapeutin in keinsten Weise umsetzt. Die Hausaufgabe sollte exakt geplant werden (was, wann, wie, wie oft), was auch nicht umgesetzt wird. Der experimentelle Charakter von Hausaufgaben sollte betont werden – im Sinne von: „Es gibt kein richtiges Ergebnis. Wir schauen, was passiert“, was ebenfalls nicht berücksichtigt wird. Schließlich sollten mögliche Probleme antizipiert und deren Bewältigung vorgeplant werden, was ebenfalls nicht umgesetzt wird.

Die Therapeutin schlägt dominant vor, die Patientin fragt nach und stimmt schließlich submissiv mit „na gut“ zu. Es folgt eine Pause. Der Sinn der Partizipation an diesem Projekt hat sich ihr nicht erschlossen. Dennoch stimmt sie zu – sie handelt innerhalb ihres von ihr selbst beschriebenen Musters bzw. Grundannahme, „jedem alles richtig“ zu machen.

Noch vor wenigen Augenblicken war die Patientin aufgefordert worden, mit den Augen der Therapeutin zu sehen, von deren Perspektive aus; jetzt soll sie „persönlich damit zufrieden“ sein – also mit ihren eigenen Augen blicken. Das „na gut“ indiziert eine Zustimmung, die sich beugt, aber man darf fragen, ob der Patientin klar sein kann, welchem Projekt sie da gerade ihre Zustimmung gegeben hat? Soll sie mit eigenen oder mit Augen der Therapeutin sehen? Wird sie als Schülerin oder als Kooperationspartnerin angesprochen? In welchem Rahmen bewegt sich das Gespräch gerade? Ist sie Patientin oder „Freundin“ (für die ein Fragebogen, wie die Therapeutin selbst fand, nicht nötig wäre)? Kurz, hier könnte eine kommunikative Falle für beide Teilnehmer aufgestellt sein, die sich daraus ergibt, dass die Therapeutin die Projekte der Patientin nicht vernimmt oder ihnen nicht zur Detaillierung verhilft. Kann man dafür konzeptuelle Gründe benennen?

Obwohl wir nicht wissen können, welche Überlegungen die Therapeutin im Kopf hatte, sei eine Überlegung hier gestattet. Es könnte sein, dass die Therapeutin ihrerseits bemerkt hat, dass der von ihr vorgeschlagene Rahmenwechsel mit der Umstellung auf „persönliches Gespräch“ von der Patientin eher zurückgewiesen wurde. Dann hätte die Therapeutin hier, so wie die Patientin ganz zu Anfang mit ihrer Selbstreparatur, nun ihrerseits einen Korrekturbedarf. Der aber hat ganz andere Dimensionen als die Patienten-Fehlleistung. Die Therapeutin muss zurückfinden zu einer als professionell respektierten Gesprächsführung und sie tut dies, indem sie Vorschläge macht, Beschreibungen

einer Hausaufgabe versucht und die Gesprächsinitiative wieder erlangt – mit dem Ziel, selbst wiederum in eine professionelle Rolle als Therapeutin zurück zu finden; die Patientin wäre dann, in dieser Betrachtung, auch ihr gegenüber in die Rolle einer „Schülerin“ definiert worden. Was hier fehlt, wäre ein Konzept der „Meta-Komplementarität“ in Beziehungen (Bateson 1981). Hier war behauptet worden, dass menschliche Beziehungen entweder „symmetrisch“ seien oder „komplementär“. In symmetrischen Beziehungen gibt es ein „up“ und „down“; jeder „Zug“ des Einen wird von einem äquivalenten Zug des Anderen erwidert – mit der riskanten Folge eskalierender Konkurrenzen. In komplementären Beziehungen hingegen wird ein dominanter Zug mit Submission erwidert oder ein kooperativer Zug mit der äquivalenten Kooperationsgeste. Diese automatischen, ja menschlichen Reaktionstendenzen werden anschaulich auch im Kiesler Kreis dargestellt (Kiesler 1983), welcher in der Tradition der Interpersonellen Circumplexmodelle (Pincus et al. 2010) entstanden ist (s. Abb. 1).

Das interpersonelle kreisförmige Modell dient der Einschätzung des sog. *Stimuluscharakters* eines Menschen. Damit ist die verdeckte emotionale, kognitive oder verhaltensbezogene Reaktion gemeint, die eine Person bei anderen Menschen „hervorrufen“. Die Pfeile im Kreis verdeutlichen, wie andere Menschen typischerweise auf einen bestimmten Stimuluscharakter reagieren. In manchen Psychotherapien wie dem Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP, McCullough 2000; Brakemeier und Normann 2012) wird der Kiesler Kreis auch als Therapiestrategie genutzt – zudem kann er auch in Therapiestudien eingesetzt werden, um beispielsweise die Veränderung des Stimuluscharakters vor und nach der Therapie zu ‚messen‘ (vgl. z. B. Brakemeier et al. 2015). Patienten können den Kreis besser annehmen und damit arbeiten, wenn die Begriffe *Nähe* vs. *Distanz* (zusätzlich zu freundlich vs. feindselig) und *Offenheit* vs. *Verschlossenheit* (zusätzlich zu dominant vs. unterwürfig) verwendet werden. In unserem Fallbeispiel lässt sich gut veranschaulichen, wie die Therapeutin in die von McCullough beschriebene ‚Dominanzfalle‘ (McCullough 2000) tappt und dadurch die Patientin dahin treibt, sich unterwürfig/submissiv zu verhalten und ihr zuzustimmen, was wahrscheinlich ihrem Muster

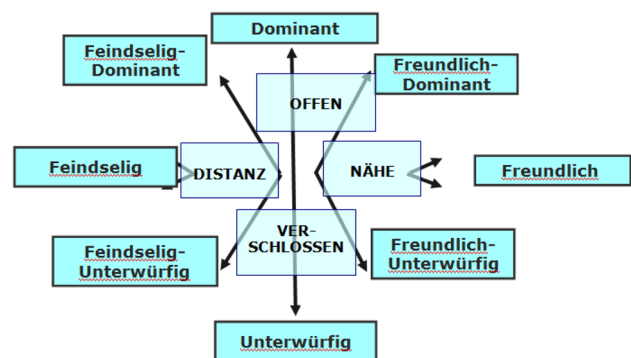


Abb. 1 Der Kiesler Kreis

„jedem alles richtig zu machen“ entspricht. Gleichzeitig wird beim Anhören aber auch Lesen der Sequenz Distanz spürbar: die Therapeutin rutscht hier auch in den feindselig-distanzierten Bereich, Freundlichkeit/Nähe ist derzeit zwischen beiden kaum spürbar oder beobachtbar. Die Patientin bewegt sich daher im feindselig-submissiven Oktanten (auch verschlossen-distanziert) – sie macht mit, jedoch ohne ihre Meinung dazu offen zu äußern, der Redeanteil ist reduziert, sie geht auf Distanz.

Entsprechend musste auch Bateson ergänzen, dass es nicht nur diese beiden Typen von Beziehungen gibt, sondern auch noch höhere Level. Die Möglichkeit, dass es der Therapeut ist, der dem anderen „erlaubt“ (komplementär), sich symmetrisch zu verhalten, wird von ihm als diejenige metakomplementäre Position angesehen, von der aus Therapeuten seiner Beobachtung nach meistens sprechen. Das könnte für die hier untersuchte Sitzung bedeuten, dass die Therapeutin ihrer Patientin Raum für ihre Projekt-Detaillierung gewähren könnte; Anfänge dazu hatte die Patientin gemacht, aber sie werden mit eher technischen Vorschlägen („Hausaufgaben“, Schreib-Übungen) beantwortet.

Diese Überlegungen finden im Folgenden eine Stützung. Die Therapeutin verstärkt das Projekt eines Perspektivenwechsels, in dem sie der Patientin einen Platztausch vorschlägt, wie im nächsten Transkriptauszug im Beispiel 6 sichtbar. Diesen fordert sie aber erst, nachdem die Patientin ihre eigenen Antworten im Fragebogen als unbefriedigend (Bsp. 6, Z.141) bewertet. Sie bittet die Patientin, sich auf einen anderen Platz zu setzen und beginnt ein Expertengespräch, in dem die Patientin die Rolle einer Psychotherapeutin einnehmen soll. Die eckigen Klammern zeigen überlappende Redezüge an.

Bsp. 6 (Fortsetzung)

P: a: [also(.) des find ich jetzt un (-) unbefriedigend].

T: [also ich finde jetzt sind (.)] jetzt müssen Sie sich um [ich möchte Sie

P: [(H)A

T: woanders hinsetzen. [jetzt setzen Sie sich (.) da: hin.

P: [ICH MUSS MICH woanders hinsetzen ((mit lachender Stimme))

(--)

P: .HH ((schniefend))

(---)

P: GUT.

(---)

T: Frau, (-) Therapeutin.

(2)

→P: °ich will mich woanders (.) hinsetzen.°

(1.4)

T: >Frau Therapeutin<Sie ha:ben den ähr Bo:gen, von Frau E. in der Hand? (-) und Sie sehen da bei der (-) bei der ersten Frage so;; was glauben Sie an Gründen?: (1.2) da steht<Erzi:ehung, E:ltern:, drei Fragezeichen,> (1) was fangen Sie damit an.

Hier wendet die Therapeutin die Technik des Rollenspiels mit Stuhlarbeit an, das Rollenspiel wird jedoch weder transparent angekündigt, noch sind dessen Sinn und Zweck vermittelt worden. Auch für eine verhaltenstherapeutische Perspektive bleibt offen, was die Therapeutin mit dem abrupt durchgeführten Rollentausch bezweckt: Möchte sie Grundannahmen oder Grundüberzeugungen beeinflussen, die zuvor jedoch noch nicht heraus gearbeitet wurden? Möchte sie ein Empathie-Training beginnen, in dem die Patientin lernen soll, sich in die Therapeutin hineinzuversetzen? Soll erreicht werden, dass die Patientin sich zukünftig mehr „zusammen reißt“, um Fragezeichen zu vermeiden? Oder möchte sie ihr zeigen, dass die drei Fragezeichen die Therapeutin darauf aufmerksam machen, dass der ‚Bereich Erziehung der Eltern‘ möglicher Weise sehr wichtig, problembehaftet ist, was die Fragezeichen markieren? Die Therapeutin scheint in ihrem Vorgehen keineswegs nur von konzeptuellen Überlegungen gesteuert und darin erkennen wir, dass Therapeutik ein „Mehr“ ist als „Anwendung“ von Theorie; sie geht immer durch die Person hindurch.

Die Therapeutin leitet das Rollenspiel ein „Frau, (-) Therapeutin.“ Diese Formulierung behandelt die Patientin so, als wäre es eine direkte Ansprache und Redezugübergabe an sie selbst. Dabei scheint sie jedoch sehr wohl zu wissen, dass dies keine Redezugübergabe ist, da sie ihre Äußerung sehr leise formuliert. Sie überredet sich gleichsam selbst zur Zustimmung, ebenso angezeigt durch das Modalverb „will“: „°ich will mich woanders (.) hinsetzen.°“ (Z.153). Bei genauerem Hinsehen erinnert diese Formulierung an die Aussage im Bsp. 2. „wäre so professionell dann“ (Z.16). Sie fügt sich dem Projekt der Therapeutin wie eine brave submissiv erscheinende Schülerin.

Schlussbetrachtung

Wir wollen unsere Analyse zusammenfassen, indem wir die fallspezifische Betrachtung vor die allgemeineren Überlegungen setzen:

1. Auseinandersetzung mit „talk-in-interaction“ sollte in der gesamten Psychotherapie, schulenunabhängig, das Thema der Zukunft werden. Detailanalysen zeigen, welche kaum zu überschätzende Wichtigkeit dem zukommt. Insbesondere haben wir hier den Schwerpunkt auf die Etablierung und Kommunikation von „Projekten“ gelegt, weil diese ein eigenes therapeutisches Format darstellen. Weiterhin dient es der Gesprächs- und Affektregulation und sichert, bei professioneller Handhabung, zugleich die Stabilität des Gesprächs.
2. Detaillierungen wie die Fehlleistung und Selbstkorrektur der Patientin und deren Nicht-Beachtung bleiben hier von der Therapeutin unbeachtet. Das erscheint für den weiteren Therapieverlauf so folgenreich, dass eine Auseinandersetzung mit diesen Themen auch in der Verhaltenstherapie angesagt erscheint.

3. Auch Kritik an den Fragebögen und der emotionale Gehalt werden von der Therapeutin nicht angesprochen. Es könnte eine Diskussion anstoßen, in welchem Maß von Fragebögen während therapeutischer Sitzungen Gebrauch gemacht werden soll und – vor allem – in welcher Form Fragebögen eingeführt werden, sodass dem Patienten transparent der Sinn und Nutzen deutlich werden. Auch die eigene Einstellung des Therapeuten zur Anwendung von Fragebögen sollte stets reflektiert werden. Denn die eigentümliche „andere Empirie“ des Gesprächs, auf die wir uns hier sehr ausführlich bezogen haben, steht in einem schwierigen Verhältnis zur Empirie, die mit Fragebögen ermittelt werden kann – und dies schwierige Verhältnis wird von der Patientin sehr deutlich kommentiert.
4. Therapeutin und Patientin beantworten implizit die stille Frage, „was ist hier los?“ mit sehr verschiedenen Projekt-artikulationen. Da sie nicht miteinander abgeglichen oder auch nur verhandelt werden, entsteht für die Frage nach der Empathie eine besondere Konstellation: es scheint, als habe auch die Patientin ein nicht geringes Maß an Empathie für die Projekte ihrer Therapeutin und die daraus resultierenden Schwierigkeiten. Die Patientin fügt sich eher den Projekten ihrer Therapeutin. Ihre Empathie mündet in einen Akt der Unterordnung ein. Die überwiegend (feindselig-) dominante Art der Therapeutin führt zu unterwürfigen Verhaltensweisen, wodurch eher Distanz als Nähe in der therapeutischen Beziehung entsteht. Der Therapeutin unterlaufen in diesem kurzen Ausschnitt zahlreiche Fehler (Heritage 2011) bei ihren Gesprächsstrategien; „Fehler“ auch in dem Sinne, wenn man das Modell einer „korrekten Anwendung“ von Theorie zum Maßstab nehme. Dass die Patientin demgegenüber an manchen Stellen versucht, eine mustergültige Patientin zu sein, wird zu wenig als Problem wahrgenommen.
5. Die beschriebene Rahmenverschiebung positioniert „das Persönliche“ *neben* das „Professionelle“ und bietet damit eine Beziehung an, in der es entweder das eine *oder* das andere geben kann, nicht aber eine persönliche Beziehung *innerhalb* des a-personalen, professionellen Rahmens.
6. Unsere Analyse zeigt, wie hier die symmetrische Beziehungskonstellation zweier Frauen nicht von der Einnahme einer Position der Meta-Komplementarität aufgelöst werden konnte; so jedenfalls kann keine von beiden „gewinnen“.

Unsere allgemeine Folgerung lautet:

1. Empathie braucht bestimmte Gesprächskonstellationen, die es ermöglichen können, auf Angebote, wie das einer Fehlleistung, empathisch zu antworten.
2. Zukünftige Forschungen zur Empathie sollten die „andere Empirie“ des Gesprächs nicht länger ignorieren, sondern sich ihr verstärkt zuwenden. Die Konversation ist die breiteste jener Brücken, die das brain-to-brain-coupling bewerkstelligen.
3. Die Analyse der Konversation ist methodisch als Konversationsanalyse längst in anderen Bereichen

etabliert; sie sollte das auch in der Psychotherapie-Prozessforschung werden.

4. Konversation muss nicht nur sequenziell analysiert werden, sie kann auch dem Erinnern der Gesprächspartner Rechnung tragen. Des Weiteren sollte das sequenzielle Vorgehen der Konversationsanalyse ausgebaut werden, um Bezüge innerhalb weiter übergreifender Sequenzen zu finden. Dabei könnten Strukturen sichtbar gemacht werden, die bei einer reinen Turn-by-Turn-Analyse unentdeckt blieben. Wir haben dazu ein paar erste Überlegungen angeboten.

Weiterführende Literatur

- Beun, R.-J., & Cremers, A. H. (1998). Object reference in a shared domain of conversation. *Pragmatics & Cognition*, 6(1-2), 121-152.
- Bourdieu, P. (1987). Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.
- Buchholz, M. B. (2012). Mikroprozesse therapeutischer Interaktion studieren! Folgerungen aus Outcome- und Prozessforschung für die professionelle Praxis der Psychoanalyse. In B. Boothe & P. Schneider (Hrsg.), *Die Psychoanalyse und ihre Bildung*. Zürich: Sphères (Reihe Sphèreessays).
- Buchholz, M. B., & Kächele, H. (2013). Conversation Analysis - A Powerful Tool for Psychoanalytic Practice and Psychotherapy Research. *Language and Psychoanalysis*, 2(2), 4-30.
- Dornberg, M. (2013). Die zweigriffige Baumsäge. Überlegungen zu Zwischenleiblichkeit, Umweltbezogenheit und Überpersonalität. In T. Breyer (Hrsg.), *Übergänge: Vol. 63. Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven* (S. 239-262). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Geller, J. D., Norcross, J. C., & Orlinsky, D. E. (Hrsg.). (2005). *The psychotherapist's own psychotherapy. Patient and clinician perspectives*. New York: Oxford University Press.
- McHale, J., Fivaz-Depeursinge, E., Dickstein, S., Robertson, J., & Daley, M. (2008). New evidence for the social embeddedness of infants' early triangular capacities. *Family Process*, 47(4), 445-463. doi:10.1111/j.1545-5300.2008.00265.x.
- Mozziconacci, S. J. (2000). The expression of emotion considered in the framework of an intonation model. Paper presented at the ISCA Tutorial and Research Workshop (ITRW) on Speech and Emotion.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth. Washington: American Psychological Association.
- Praszkie, R. (2014). Empathy, mirror neurons and SYNC. *Mind & Society*. online. doi:10.1007/s11299-014-0160-x.
- Searle, J. (1997). Die Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Zur Ontologie sozialer Tatsachen. Reinbek: Rowohlt.
- Stevanovic, M., & Peräkylä, A. (2012). Deontic authority in interaction: The right to announce, propose and decide. *Research on Language & Social Interaction*, 45(3), 297-321.
- Stivers, T. (2008). Stance, alignment, and affiliation during story telling: When nodding is a token of affiliation. *Research on Language and Social Interaction*, 41(1), 2272-2281.
- Trevarthen, C. (2011). What is it like to be a person who knows nothing? Defining the active intersubjective mind of a newborn human being. *Infant and Child Development*, 20(1), 119-135. doi:10.1002/icd.689.

Literatur

- Abrams, D. A., Ryali, S., Chen, T., Chordia, P., Khouzam, A., Levitin, D. J., & Menon, V. (2013). Inter-subject synchronization of brain responses during natural music listening. *The European Journal of Neuroscience*, 37(9), 1458–1469. doi:10.1111/ejn.12173.
- Barske, T., & Golato, A. (2010). German „so“: Managing sequence and action. *Text & Talk*, 30(3), 245–266.
- Bateson, G. (1981). Eine Theorie des Spiels und der Phantasie. In G. Bateson (Hrsg.), *Ökologie des Geistes*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Brakemeier, E. L., & Normann, C. (2012). *Praxisbuch CBASP. Behandlung chronischer Depression*. Weinheim: Beltz.
- Brakemeier, E., Radtke, M., Engel, V., Zimmermann, J., Tuschen-Caffier, B., Hautzinger, M., Schramm, E., Berger, M., & Normann, C. (2015). Overcoming treatment resistance in chronic depression: A pilot study on outcome and feasibility of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy as an inpatient treatment program. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 51–56. doi:10.1159/000369586.
- Braten, S. (2009). *The intersubjective mirror in infant learning and evolution of speech. Advances in consciousness research* (V. 76). Amsterdam: John Benjamins Pub.
- Buchholz, M. B. (2014a). Embodiment. Konvergenzen von Kognitionsforschung und analytischer Entwicklungspsychologie. *Forum der Psychoanalyse*, 30(1), 109–125.
- Buchholz, M.B. (2014 b). Patterns of empathy as embodied practice in clinical conversation - a musical dimension. *Frontiers in Psychology*, 5., doi:10.3389/fpsyg.2014.00349.
- Couper-Kuhlen, E., & Barth-Weingarten, D. (2011). A system for transcribing talk-in-interaction: GAT 2. *Gesprächsforschung - Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion*, 12, 1–51.
- Drew, P., Walker, T., & Ogden, R. (2013). Self-repair and action construction. In M. Hayashi, G. Raymond, & J. Sidnell (Hrsg.), *Studies in interactional sociolinguistics: Vol. 30. Conversational repair and human understanding* (S. 71–94). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dumas, G., Nadel, J., Soussignan, R., Martinerie, J., & Garnero, L. (2010). Inter-brain synchronization during social interaction. *PloS ONE*, 5(8), e12166. doi:10.1371/journal.pone.0012166.
- Enfield, N. J. (2006). Social Consequences of Common Ground. In S. C. Levinson & N. J. Enfield (Hrsg.), *Wenner-Gren Center International symposium series. Roots of human sociality. Culture, cognition and interaction* (S. 399–430). Oxford: Berg Publishers.
- Fehm, L., & Mrose, J. (2008). Patients' perspective on homework assignments in cognitive-behavioural therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(5), 320–328.
- Gallese, V., & Lakoff, G. (2005). The brain's concepts. *Cognitive Neuropsychology*, 22, 455–479.
- Gallese, V., Eagle, M., & Migone, P. (2007). Intentional attunement: Mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55, 131–176.
- Goffman, E. (1978). Response cries. *Language*, 54(4), 787–815.
- Golato, A. (2012). German oh: Marking an emotional change of state. *Research on Language & Social Interaction*, 45(3), 245–268. doi:10.1080/08351813.2012.699253.
- Hasson, U., Ghazanfar, A. A., Galantucci, B., Garrod, S., & Keysers, C. (2012). Brain-to-brain coupling: A mechanism for creating and sharing a social world. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(2), 114–121. doi:10.1016/j.tics.2011.12.007.
- Hepburn, A., & Potter, J. (2012). Crying and crying responses. In A. Peräkylä & M.-L. Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in interaction* (S. 195–211). New York: Oxford University Press.
- Heritage, J. (2011). Territories of knowledge, territories of experience: Empathic moments in interaction. In T. Stivers, L. Mondada, & J. Steensig (Hrsg.), *The morality of knowledge in conversation* (S. 159–183). New York: Cambridge University Press.
- Jefferson, G. (1996). On the poetics of ordinary talk. *Text and Performance Quarterly*, 16, 1–61.
- Kazanskaya, A., & Kächele, H. (2000). Kommentar zu E. Schegloff: Das Wiederauftauchen des Unterdrückten. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 2(1), 30–33.
- Kiesler, D. J. (1983). The interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, 90, 185–214.
- Levinson, S. C., & Enfield, N. J. (Hrsg.). (2006). *Wenner-Gren Center International symposium series. Roots of human sociality. Culture, cognition and interaction*. Oxford: Berg Publishers.
- Marks-Tarlow, T. (2014). The nonlinear dynamics of clinical intuition. *Chaos and Complexity Letters*, 8(2–3), 147–170.
- McCullough, J. P. (2000). Treatment of chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy. New York: Guilford Press.
- Mozziconacci, S., & Hermes, D. J. (1997). A study of intonation patterns in speech expressing emotion or attitude: Production and perception. *IPO Annual Progress Report*, 32, 154–160.
- Peräkylä, A., Antaki, C., Vehviläinen, S., & Leudar, I. (2008). *Conversation analysis and psychotherapy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pincus, A. L., Lukowitsky, M. R., & Wright, A. G. C. (2010). The interpersonal nexus of personality and psychopathology. In: T. Millon, R. F. Krueger, & E. Simonsen (Hrsg.), *Contemporary directions in psychopathology: Scientific foundations of the DSM-V and ICD-11* (S. 523–552). New York: Guilford Press xvii, 622.
- Rodero, E. (2011). Intonation and emotion: influence of pitch levels and contour type on creating emotions. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 25(1), e25–34. doi:10.1016/j.jvoice.2010.02.002.
- Schegloff, E. A. (2000). Das Wiederauftauchen des Unterdrückten. *Psychotherapie und Sozialwissenschaften*, 2(1), 3–29.
- Schegloff, E. A. (2013). Ten operations in self-initiated, same-turn repair. In M. Hayashi, G. Raymond & J. Sidnell (Hrsg.), *Studies in interactional sociolinguistics: Vol. 30. Conversational repair and human understanding* (S. 41–70). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53, 361–382.
- Sidnell, J., & Stivers, T. (2013). *The handbook of conversation analysis* (Vol. 121). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Vignemont, F. d., & Singer, T. (2006). The empathic brain: How, when and why? *Trends in Cognitive Sciences*, 10(10), 435–441.
- Weiste, E., & Peräkylä, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*(ahead-of-print), 1–15.
- Zimmer 2011.