

**Master Psychologie (VZ) der Internationalen Psychoanalytischen  
Universität (IPU) Berlin**

## **Master-Thesis**

# Open-topic closing

Lokale Produktion von sozialer Beziehung in einer psychoanalytischen  
Kurzzeittherapie

Konversationsanalytische Untersuchung eines Aspekts *Typischer Problematischer  
Situationen* (TPS)

Verfasst von  
Michael M. Dittmann  
Matrikelnummer: 1582

Erstgutachter: Prof. Dr. Dr. Michael B. Buchholz  
Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Horst Kächele

**Berlin, 2016**

## Abstract

### Open-Topic Closing

When Schegloff and Sacks (1973) paid attention to closing sections in everyday talk, they identified a problem in closing: When does 'not talking' close down a conversation and is, therefore, no Transition Relevant Place (TRP)? They detected that participants do not just stop talking but co-produce the suspension of TRP with exclusive markers such as adjacency pairs. But these exclusive markers cannot be placed in every moment, that is why participants i) increase the relevance of closing and ii) try to verify if the co-participant wants to continue talking. This negotiation procedure is called pre-closing, because topic talk can be re-opened or closed. Contrasting with everyday and other institutional closings, this study describes, how therapist and patient work towards closing up the session.

### Data & Method

Conversation Analysis is applied to 28 GAT transcriptions of a single short-term psychodynamic psychotherapy with an obsessive-compulsive patient. The focus is on the actual closing section of the therapy encounter.

### Findings:

Therapeutic interactions can be located on a continuum between rather restricted institutional TV News Interviews (S. Clayman & Heritage, 2002) and more likely overt everyday talk (f.e. Schegloff & Sacks, 1973). Closing strategies between diverse communicative genres differ regarding how participants *open up closings* (see overview at West, 2006: 385). Psychotherapy as an institutional interaction constructs 'communicative asymmetry' (Atkinson, 1982). That implies a dilemma for therapists: on the one hand they unilaterally have to ensure the pragmatic institutional aim as „talking cure“ (Freud, 1970: 263) and on the other hand closing is an „interactional achievement“ (Schegloff & Sacks, 1973: 290) that needs to be negotiated.

## Danksagung

Dieses Projekt hat mich nun insgesamt etwa ein Jahr aktiv beschäftigt. Im Rahmen des CEMPP-Projekts (s. Kapitel III.2 Materialkorpus) an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin habe ich den ersten Kontakt zur Transkriptions- und Konversationsanalyse aufgebaut. Diesen Kontakt hat Professor Michael Buchholz initiiert, der mich mit gedulden, kritischen, fachlichen, aufrüttelnden und persönlichen Hilfestellungen stets unterstützt hat. Marie-Luise Alder, die wissenschaftliche Mitarbeiterin des CEMPP-Projekts und Promotionsstudentin ist, hat mir stets hilfsbereit, engagiert und klug kommentierend, in den vielfältigen ‚Stadien‘ der Studie (und meiner Motivation), zur Seite gestanden. Ihr ist auch die übersichtliche Darstellung der Transkriptionsregeln zu verdanken. In Florian Dreyer, dem Dritten im Bunde des Forschungsteams, habe ich einen intelligenten und kreativen Aus-dem-Rahmen-Denker an meiner Seite, der mir den ein oder anderen Knoten gelöst und mir bei der statistischen Übersicht geholfen hat. Meiner Familie und Nadine danke ich für ihre Fürsorge und Unterstützung, vor allem Sebastian, der die Beendigungstranskriptionen überarbeitet hat. Neben meinen Forschungsfreunden einen herzlichen Dank allen anderen unterstützenden Freunden, vor allem Marcel Kaiser für das aufbauende Gegenlesen. Den weiteren Forschungsmitgliedern des CEMPP-Projekts, die mir in einer Data-Session und auf den Fluren der Universität mit Fragen und Anmerkungen geholfen haben. Professor Horst Kächele danke ich für die freundliche Möglichkeit, die Daten der Ulmer Textbank für diese Untersuchung zu verwenden.

## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	i
Danksagung.....	ii
Tabellen und Übersichtsblätter .....	v
Einführung .....	1
I. Vorstudien .....	3
I.1 Mundane Praktiken der Beendigung.....	3
I.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion.....	7
II. Theorie & Methode .....	11
II.1 Theorie - Ethnomethodologie .....	11
II.2 Methode - Konversationsanalyse.....	13
II.2.1 Intersubjektivität als Problem .....	17
III. Forschungsdesign.....	19
III.1 Transkriptionen als Konstruktionen .....	19
III.2 Materialkorpus .....	20
III.3 Verlauf.....	21
III.4 Fragestellung.....	22
IV. Datenanalyse .....	23
IV.1 Typen therapeutischer Beendigungen.....	23
IV.1.1 Kompakte Beendigungen .....	24
IV.1.2 Gedehte Beendigungen.....	38
IV.1.3 Kommentierte Beendigungen .....	54
IV.2 Schema der Beendigung .....	73
IV.2.1 Übersicht institutioneller Beendigungen .....	77
V. Diskussion .....	78
Literaturverzeichnis .....	94

Anhang.....	101
A Übersicht Stundenstatistik.....	101
B Eigenständigkeitserklärung.....	102
C Transkriptionsregeln .....	103
D Transkriptionen der Beendigungssequenzen .....	106

## Tabellen und Übersichtsblätter

<b>Tabelle 2:</b> Kapitel IV.1.1.D Übersicht kompakte Beendigungen .....	37
<b>Tabelle 3:</b> Kapitel IV.1.2.D Übersicht gedehnte Beendigungen .....	53
<b>Tabelle 4:</b> Kapitel IV.1.3.D Übersicht kommentierte Beendigungen .....	72
<b>Tabelle 1:</b> Kapitel IV.2.1 Übersicht institutioneller Beendigungen .....	77
<b>Tabelle 5:</b> Anhang A Übersicht Stundenstatistik .....	101
<b>Tabelle 6:</b> Anhang C Transkriptionsregeln .....	103

## Einführung

*„Ending is ever present, long before the final separation, casting its shadow on therapy from the start and, when it comes, is a culmination of all the countless little endings that have prefigured it. In Rilkes words, „So we live, forever taking leave‘.“*  
(Holmes, 1997: 170)

Das Ende ist relativ. Das Ende ist relativ zu einem Anfang. Das Ende ist relativ zu *seinem* Anfang und der nachfolgenden Eröffnung des Wiedersehens. Das Ende liegt zwischen Anfängen und das Ende muss selbst begonnen werden. Und da wären wir: Am Anfang des Endes. Aber gibt es überhaupt *das* Ende? Als im Jahr 1824 der französische König Ludwig XVIII. starb, war das ein Ende, und es war zugleich ein Anfang, was sich in der gleichzeitigen Bekanntgabe seines Nachfolgers Karl X. durch de Chateaubriand (1824: 8) ausdrückte: „Le roi est mort, vive le roi“ – Der König ist tot, es lebe der König. Dem doppelten Charakter dieses historischen Endes schreibt der Autor auch eine doppelte Wirkung zu, Schmerz („douleur“) und Freude („joie“) (ebd.). Schmerz über „this secret horror of the last is inseparable from a thinking being whose life is limited, and to whom death is dreadful“ (Johnson, 1963: 315) und Freude, nicht über das Lebensende des Einen, sondern über den Anfang des Anderen. Zwei Gestaltungshinweise können wir diesen Ausführungen entnehmen: dass das Ende Ausdruck von Kontinuität ist, da es in einen weiteren Zusammenhang eingeflochten wird, und dass Enden Freude machen, die „designed“ sind und aktiv beschlossen („conclude“) werden können (Smith, 1968: 1). Anstatt den Begriff des Endes zu bemühen, können wir ihn auf die Tätigkeit münzen und von dem Beenden oder der Beendigung sprechen. Im Sinne der Kontinuität verbindet die Beendigung ein Davor und ein Danach. Das Davor besteht aus einer Reihe von Teilen - bezogen auf den Gegenstand dieser Analyse: Redezüge - die in einer bestimmten Ordnung miteinander verknüpft sind und deren Vollzug im Nacheinander eine zusammenhängende Struktur bildet, die wiederum auf einen Schlusspunkt zuläuft, dessen Erreichen für die Teilnehmer erwartbar ist. Diese Struktur als eine

*zusammenhängende*, von aufeinander folgenden Redezügen, die der Beendigung vorlaufen, ermöglicht die Bildung der Erwartung der Teilnehmer zu dem jeweils nachfolgenden Element, wie zu den letzten Grüßen. Diese Kohärenz, die zusammenhängende Struktur, ist nicht *per se*, also durch eine Struktur des Gesprächs, bspw. die Unterhaltung mit einem vertrauten Freund, gegeben, sondern von der wechselseitigen Bezugnahme der Erwartungen des jeweils anderen abhängig. Dieser grundsätzliche kooperative Charakter von der Wahrnehmung von Beendigungen als solche führt zu der Vermutung, dass zwei Teilnehmende auch unterschiedliche Einschätzungen haben können, wann das letzte Element die Konversation beschließt. Wenn wir davon ausgehen, dass der Aufbau von Erwartungen für die Teilnehmer spannungsvoll organisiert ist, also auf Lösung zu einem bestimmten Punkt oder Übergang angelegt ist, und dieser unterschiedlich erwartbar ist, dann stellt sich die Frage, wie können diese unterschiedlichen Erwartungen in zeitlich begrenzten Gesprächsformaten zu einem beidseitig *good enough closing* gebracht werden?

Dieser Frage möchte ich im Folgenden nachgehen, indem ich zunächst über Vorstudien (s. Kapitel I. Vorstudien) mundaner Beendigungen einen Einblick in die gewohnte Umgebung gebe und durch die Klärung von Bedingungen institutioneller und spezifisch psychotherapeutischer Gesprächsformate die Grundlage für die Analyse therapeutischer Beendigungspraktiken herstelle. Um die Konversationsanalyse als Methode der Wahl mit ihren ethnomethodologischen Ursprüngen, sowie einer kurzen Thematisierung des Relevanz-Begriffs (s. Kapitel II. Theorie & Methode) geht es einen Schritt näher zur Untersuchung der therapeutischen Beendigungen. Wie diese Untersuchung aufgebaut ist, schildere ich anschließend, um mit der Fragestellung (s. Kapitel III. Forschungsdesign) auf die Analyse von drei Typen, einem Schema und einem typischen Verlauf der 28 Beendigungssequenzen der vorliegenden Kurzzeittherapie hinzuleiten (s. Kapitel IV. Datenanalyse). Im letzten Abschnitt, bevor auch diese Arbeit an einen Endpunkt gelangt, werde ich alle Kapitel zusammenfassen und die Ergebnisse, Einschränkungen und künftige Forschungsmöglichkeiten, die sich aus dieser Untersuchung ergeben, diskutieren (s. Kapitel V. Diskussion).



## I. Vorstudien

Beendigungen gibt es so viele, wie es sozio-kulturelle Kontexte gibt. Wie beispielsweise ein Telefongespräch zwischen Freunden, das beendet wird, wie Partner Gute-Nacht-Nachrichten austauschen, wie man sich rasch ‚entschuldigt‘, wenn die Karte an der Supermarktkasse nicht funktioniert und wie beim Verlassen des ärztlichen Sprechzimmers dem Doktor Dank ausgesprochen wird. Und wer hat es noch nicht gesehen, der wechselseitige Austausch von Grüßen zwischen zwei, die einem unbekannt sind, die sich am Bahngleis umarmen, danach tief in die Augen schauen und vor dem Abfahren des Zuges noch einmal zuwinken, all das kennen wir aus dem Alltag. Beendigungen zählen zu unserem selbstverständlichen Handlungsrepertoire. Das bemerkenswerte daran ist, dass, wie bei anderen eingeschliffenen Handlungsmustern, im Nachhinein schwer zu bestimmen ist, wie diese oder jene Konversation eigentlich zu einem Schluss gekommen ist - also wie sich diese Beendigungen von Interaktionen vollziehen, wer wem zuerst die Hand gibt, wann wer abschließende Worte spricht, wie Worte betont, wie lange die Sprechpausen gestaltet werden oder wann sich Blicke begegnen bzw. ausweichen. Wenn im Nachfolgenden Untersuchungen zu Praktiken der Beendigung dargestellt werden, dann möchte ich diese zunächst aus zwei Perspektiven beleuchten. Zum einen möchte ich alltagsweltliche Beendigungen darstellen, die den Ausgangspunkt dieser Forschungsreise markieren. Die Idee dieses Anfangs der Beendigungsanalyse ist, dass der mundane Vollzug auch für die Teilnehmer anderer Gesprächsformate ‚richtungsweisend‘ ist, da in dieser Umgebung das Rüstzeug für andere Umgebungen erworben wird und da alltägliche Interaktionen institutionelle gewissermaßen umrahmen. Da diese Analyse die Beendigungen einer psychoanalytischen Kurzzeittherapie untersucht, werden im Anschluss an mundane Praktiken institutionelle Interaktionen als allgemein differenter Schauplatz mit spezifischen Bedingungen für den therapeutischen Diskurs (s. I.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion) herausgearbeitet. Wie andere institutionelle Beendigungen vollzogen werden, werde ich in einem Schema, mit den Ergebnissen der therapeutischen Beendigung, zusammenführen (s. IV.2 Schema der Beendigung).

## I.1 Mundane Praktiken der Beendigung

Die Praktiken mundaner Beendigung sind vielfach untersucht worden (Antaki, 2002; Aston, 1995; Auer, 1990; Betholia, 2009; Button, 1985, 1987, 1990; Clark & French, 1981; Coppock, 2005; Davidson, 1978; Firth, 1972; Harren & Raitaniemi, 2008; Jefferson, 1973; Pavlidou, 1997, 1998, 2002; Raitaniemi, 2006, 2014; Schegloff & Sacks, 1973; Sun, 2005). Die meisten der genannten Autoren werden bei Raitaniemi (2014: 73-119) differenziert besprochen, weswegen ich vor allem die klassische Untersuchung von E. A. Schegloff and H. Sacks (1973) vorstellen werde, da „keine Beschreibung der Beendigung“ (Raitaniemi, 2014: 73) diese ob des Beitrages zum allgemeinen Verständnis außer Acht lässt.

Schegloff und Sacks untersuchen Beendigungen alltäglicher Konversationen ausgehend von der trivialen wie grundsätzlichen Frage, wieso ein Gespräch nicht dadurch beendet wird, dass die Teilnehmer aufhören zu sprechen. Dass ‚Nicht-Sprechen‘ nicht ausreicht, um ein Gespräch zu beenden, hat damit zu tun, was Garfinkel (1956, 1967a) mit *accounting* beschreibt: Die Teilnehmer zeigen sich gegenseitig an, wie sie einander verstehen. Vor dem Hintergrund der Vagheit von Sprache (s. II.1 Theorie - Ethnomethodologie) wäre eine Pause nicht eindeutig, um dem Anderen deutlich zu machen, dass das Gespräch für den Nicht-(mehr-)Sprechenden beendet ist. Denn auch im Gespräch kommt es zu Sprechpausen, die neben ‚kognitiven Funktionen‘ wie Verarbeitung des Gesagten und Vorbereitung eines kommenden Zuges auch eine konversationelle Funktion aufweisen, nämlich eine *übergaberelevante Stelle* (*Transition Relevant Place* bzw. TRP<sup>1</sup>) zu markieren. Sprech-Pausen strukturieren also das Gespräch vielmehr, als dass sie dieses unterbrechen, stören oder beenden und müssen in ihrer konversationellen Funktion *gemeinsam* bearbeitet werden, sodass sie nicht als konversationelle Erwartung (TRP), sondern als konversationelle Nicht-Erwartung (Ende der Konversation) wechselseitig verstanden werden. Sacks, Schegloff, and Jefferson (1974) zeigen, dass Pausen indizieren, dass der Nicht-Sprechende nichts mehr sagen möchte und damit den Turn an den anderen Teilnehmer weitergibt. Dies formulieren sie als Beendigungsproblem: Wann ist Nicht-Sprechen eine Gesprächsbeendigung und damit keine Stelle, an der der Gegenüber zum Sprechen aufgefordert ist?

---

<sup>1</sup> dazu grundlegend bei Selting (2000) und S. E. Clayman (2013)

Es ist eine spezifische Leistung nötig, um Gespräche zu beenden: die Aufhebung des möglichen Übergabemoments von einem zum nächsten Sprecher. Auf der Suche nach dem *Wie* der Herstellung dieser Lösung des Beendigungsproblems betrachten sie das Gespräch vom Schluss her: dort stoßen sie auf den häufigen Austausch wechselseitiger Abschlussgrüße, die sie der Kategorie der *adjacency pairs* (Schegloff, 2007) bzw. *Paarsequenzen* zuordnen. Im Austausch dieser Paarsequenzen finden sie einen *exklusiven Marker*, der nur in Beendigungen vorkommt. Diese exklusiven Marker sind konditionell relevant, d.h. dass der erste Teil den zweiten bedingt. Man könnte auch sagen, dass nach einem Gruß (erster Teil) ein Gegengruß (zweiter Teil) hochgradig erwartbar wird. Mit einem ersten Abschiedsgruß signalisiert der Teilnehmer, dass das Gespräch durch den erwarteten Gegengruß beendet werden kann. Nachfolgende Pausen werden dann nicht als mögliche Sprecherwechsel markiert. Durch den wechselseitigen Austausch von Abschiedsgrüßen werden mögliche Übergabemomente aufgehoben und es ist klar, dass nach wechselseitigem Austausch von Grußworten am Ende einer Unterhaltung selbige geschlossen ist. Falls danach noch etwas gesagt wird, ist dies technisch als Eröffnung eines neuen Gespräches bzw. Themas zu sehen.

Eigentlich, könnten wir nun denken, ist damit alles gesagt und ich könnte nun mit dem Austausch von Abschiedsgrüßen diese Arbeit beenden. Aber: Wie wir festgestellt haben, kann man ein Gespräch nicht dadurch beenden, dass man aufhört zu sprechen. Mithilfe von exklusiven Paarsequenzen, also dem Austausch von Abschlussgrüßen als *Beendigungsbeender*, wird ein Gespräch geschlossen, aber diese exklusiven Paarsequenzen können nicht beliebig platziert werden.

Das Platzierungsproblem<sup>2</sup> beschreibt, dass i.d.R. erst nach dem wechselseitigen Prüfen, ob bislang Ungesagtes (vgl. "unmentioned mentionables" bei Schegloff & Sacks, 1973: 303) erwähnt werden will, Paarsequenzen platziert werden können. Dafür benötigen Gesprächsteilnehmer Vorbeendigungen (*preclosings*<sup>3</sup>), mittels derer sie eine Prüfprozedur starten, um zu klären, ob schon

---

<sup>2</sup> Robinson (2001) beschreibt *interaktionale Barrieren* (ebd.: 640), zu denen zählen, dass Interaktanten Themen nicht zufällig, sondern mithilfe von kommunikativen Praktiken geordnet einführen (Überblick s. S. 640) und verweist damit auf das Platzierungsproblem bei Schegloff and Sacks (1973).

<sup>3</sup> Raitaniemi (2014: 76) stellt in ihrer detaillierten Arbeit vier Übersetzungsvorschläge zum Begriff des (possible) *pre-closing* an, wobei ich aus pragmatischem Grund (der Wortlänge) den Begriff

alles gesagt worden ist, oder die Beendigung eröffnet werden kann. Jefferson (1981: 36) beschreibt Vorbeendigungen<sup>4</sup> (anhand von „yeah“) als „speaker shift-implicative actions“, denen ein „dual-faceted character“ inhärent ist. Vorbeendigungen wie ‚okay‘, ‚also‘, ‚mhm‘ sind Signale von einem an den anderen Teilnehmer, dass ersterer nichts mehr zum Thema zu sagen hat und letzterer mit diesem übereinstimmt. Im wechselseitigen Austausch stellen die Teilnehmer sicher, dass alles erwähnt worden ist, was erwähnt werden konnte bzw. wollte. Wenn beide Gesprächsteilnehmer also die Möglichkeiten, weiterzusprechen geregelt verstreichen lassen, kann die Beendigungssequenz, als Übergang zur Schließung der Konversation, eröffnet werden (daher auch der Titel der Arbeit: *open up closing*). Wir kennen *sweet little nothings* (Heritage, 1998; Jefferson, 1978; Meier, 2002; Wolff & Meier, 1995) bzw. *beiläufigen Äußerungen* aus Konversationen als *action of passing the floor* (Thompson, Fox, & Couper-Kuhlen, 2015: 3), die das Rederecht *aktiv* weitergegeben, ohne selbst ein neues Thema anzustoßen. Der Austausch von Vorbeendigungen, bestehend aus beiläufigen Äußerungen, lässt es dem Gegenüber also frei, auf dieselbe Weise zu reagieren und damit die Beendigung einzuleiten oder ein neues Thema zu platzieren<sup>5</sup>. Ist die Beendigung durch die wechselseitige Prüfprozedur eingeleitet, stellen Schegloff and Sacks (1973: 317) fest, dass ein Mechanismus identifizierbar ist, nach dem mundane Beendigungen organisiert sind, den Raitaniemi (2014: 73) *Minimalschema*<sup>6</sup> nennt:

1	Speaker A:	O.K.	(i) Vorbeendigungssequenz
2	Speaker B:	O.K.	
3	Speaker A:	Bye Bye	(ii) Schlussgrußsequenz
4	Speaker B:	Bye	

---

*Vorbeendigung* nach Selting (2007) verwende. Der wort-explizite Angebotscharakter von Vorbeendigungen, wie bei *Gesprächsbeendigungsangebot*, wird von mir vorausgesetzt.

<sup>4</sup> Zur Vorbeendigung durch „okay“ siehe Beach (1993, 1995), der sich Jefferson anschließt und argumentiert, dass Vorbeendigungen als „locally occasioned resources“ verstanden werden können, die die Teilnehmer nutzen, um bestimmte und relevante Aufgaben zu erreichen (wie bspw. die Eröffnung der Beendigung). Damit seien Vorbeendigungen „partial solutions to ongoing interactional problems“ (1993: 326).

<sup>5</sup> Zum Übergang zwischen Gesprächskern- bzw. Themenbeendigung und Gesprächsbeendigungseinleitung argumentiert Raitaniemi (2014: 77-83) zurecht und überzeugend, dass sie in ihrer Analyse „die Beendigungsphase einschließlich der sequenziellen Einbettung in das Kontinuum des Gesamtgesprächs betrachtet“ (ebd.: 83). Aus Platzgründen kann ich in der vorliegenden Arbeit nicht detailliert auf diese Übergangsphasen eingehen.

<sup>6</sup> vgl. "archetype closing" bei Button (1987: 102)

Dieses Minimalschema besteht aus zwei Sequenzen, (i) der *Vorbeendigungssequenz*, der „proper initiation of closing section“<sup>7</sup> (Schegloff & Sacks, 1973: 318), die aus einem Angebot der Beendigungseröffnung und dessen Akzeptanz besteht (Austausch von Vorbeendigungen), wodurch die Beendigung als relevante (Sprach-)Handlung eingeführt wird, und (ii) der *Schlussgrußsequenz*<sup>8</sup>, dem „terminal exchange“ (ebd.), wodurch die Sprecherübergabe aufgehoben wird (Suspension des TRP).

## **I.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion**

Vom mundanen Vollzug ausgehend, lassen sich vier Charakteristika institutioneller Interaktionen (Puchta & Wolff, 2003) beschreiben: (i) alltägliche Konversation ist die *primordial scene* (Schegloff, 1996a) bzw. „basis of all our rules“ (Koerfer & Neumann, 1982: 105), aus der heraus und in die hinein u.a. konversationelle Teilnehmerrollen und Themen verhandelt werden, (ii) dabei ist die Wortwahl asymmetrisch zwischen den Interaktanten, (iii) deren (interaktive) Rollen werden durch kontextsensibles Sprechen und Feineinstellungen durch Verwendung von bestimmten Qualifizierungsformen der Rede gestaltet (s. "specialization" bei S. E. Clayman, 1989: 685) und (iv) in diesem Zusammenspiel gelten besondere Regeln im Umgang mit alltäglich Ungewohntem und Unangenehmem hin zu einer institutionellen Konstruktion von Bedeutung. Die Analyse dieser Bedeutungskonstruktionen erfolgt über deren Fixierung im und am Material.

Das Redezugverteilungssystem, das *Wie* von Äußerungen und die Sequenzialität institutioneller Interaktionen sind vorverteilt (Atkinson, 1982), weswegen bei therapeutischen Interaktionen von einer kommunikativen Asymmetrie, i.S. eines *epistemic twist* (Voutilainen & Peräkylä, 2014) zwischen den Teilnehmern gesprochen werden kann. Äußerungen des Patienten dürfen durch den Therapeuten interpretiert werden (Vehvilainen, 2003), der Umgang mit Widerstand ist elementar für die therapeutische Arbeit (Vehviläinen, 2008) und somit ist *trouble talk* konstitutiv (Ruusuvaori, Voutilainen, Haakana, Laakso, &

---

<sup>7</sup> vgl. „initial component“ oder „closing implicative environment“ bei (Button, 1990: 94), „First Closing Turns“ bei (Button, 1987: 101) und „first-closing turn“, „F1 turn“ bei Wright (2005: 70)

<sup>8</sup> nach Raitaniemi (2014: 75), siehe dort auch Übersicht zu anderen Bezeichnungen

Lindström, 2009) für dieses Gesprächsformat i.S. eines *personal affective talk* (Voutilainen & Peräkylä, 2014).

Ein wichtiges Medium im therapeutischen Prozess stellt der *sprachliche* Austausch dar. Vermittels dieser Sprechakte wird Macht asymmetrisch zwischen den Teilnehmern verteilt. Und auch wenn Macht sich nicht immer expliziert, wirkt jene mehr oder weniger implizit im Format *deontischer Autorität* (s. Kapitel II.2 Methode - Konversationsanalyse), wobei sich Macht (implizit und explizit) durch wechselseitige Anerkennung begründet. Sprache ist also nicht Mittel zum Zweck (bspw. Schmerzlinderung), sondern sie gibt vielmehr vor, wie Teilnehmer ihre Umwelt wahrnehmen und gestalten (J. Bergmann, 2000a). In therapeutischen Interaktionen werden die Mechanismen alltäglicher Konversationen in veränderter Form eingesetzt. Das Redezugverteilungssystem von therapeutischen Interaktionen ist weder restriktiv-vorbestimmt, noch frei verhandelbar. Anstatt von Motiven der Teilnehmer auszugehen, werden (i) die Erweiterungsmöglichkeiten von Redebeiträgen, (ii) das *Wie* der Herstellung und (iii) die (konversationell) projizierten Handlungen analysiert. Die Grundeinheit von Konversationen ist allgemein der *Sprechakt* (John Rogers Searle, 1969) und konversationsanalytisch die Konstruktionseinheit einer Rede (vgl. "turn constructional unit" bei Sacks et al., 1974: 702). Für größere Zusammenhänge bilden mehrere dieser Grundeinheiten einen Redebeitrag, deren Aneinanderreihung wiederum zu einer Handlungssequenz wird, die sich zwischen zwei Parsequenzen entfaltet und in der Einheit von drei Sequenzteilen analysieren lässt (Voutilainen & Peräkylä, 2014). Beispielsweise bereiten (Re-)Formulierungszirkel den Boden für folgende Interpretationen (Peräkylä, 2004; Vehvilainen, 2003), wobei letztere die koproduzierten Handlungssequenzen nachträglich sinnhaft einordnen (Voutilainen & Peräkylä, 2014). Prosodie und Praktiken der Formulierung haben sich als Therapieschulen übergreifende Merkmale herausgestellt (Weiste & Peräkylä, 2013).

Für die Analyse von institutionellen Interaktionen sind v.a. zwei Dinge elementar, nämlich einerseits wie sich Teilnehmende die Relevanz der Äußerungen, also der Kontext der Sprachhandlungen aus Teilnehmerperspektive als *inferential framework* (Heritage, 2005) anzeigen, und andererseits die Kenntnis der, die institutionelle Situation bestimmenden, aber nicht aus dem Material allein zu

gewinnenden, lokal vollzogenen Mechanismen der Herstellung. In Anlehnung an das *sensitizing concept* nach Blumer (1954) sprechen andere Autoren von *context-sensitive knowledge* (Arminen, 2000), in strukturalistischer Bezugnahme zu Parsons (2013) von *stocks of interactional knowledge* (Peräkylä & Vehvilinen, 2003), wobei sich mit *common sense knowledge of social structures* (Garfinkel, 1967b) auch an ethnomethodologische Wurzeln und mikrosoziologische *Erwartungserwartungen* (Schneider, 2002) wie auch an kognitiv orientiertes Interaktionswissen (s. "knowledge of the kind of activity the talk occurs within" bei Levinson, 1992) anknüpfen lässt. Dass es Kontextmerkmale gibt, die Einfluss auf die (Ver- und) Entwicklungen von institutionellen Interaktionen haben, wird - unter Einsatz unterschiedlicher Dehnungsinstrumente des Kontextes – als gegeben anerkannt. In gewisser Weise erweitert Schegloff (1992a) den Relevanzbegriff, indem er das Konzept der *procedural consequentiality* einführt, da er das systematische Moment (Konsequenzialität) prozesshaft (prozedural) auslegt. Anders formuliert könnte man sagen, dass institutionelle Interaktion ein beweglicher (bzw. veränderungswilliger) Prozess ist und dabei systematisch bezogen ist auf den institutionellen Kontext. Die institutionelle Interaktion systematisch kontextbezogen zu konzeptualisieren, bedeutet, dass die Relevanz der Ränder (*fringes*) der therapeutischen Situation (Eröffnung und Beendigung) durch den Kontrast zu mundaner Konversation besonderes Gewicht erfährt, wenn angenommen wird, dass die Form (dieser Ränder) einer (interaktionalen) Funktion folgt (Atkinson, 1982).

Die Form von Beendigungen ist bestimmt durch sequentielle Marker, den Nachbarschaftspaaren (adjacency pairs), deren Funktion in diesem sequentiellen Kontext ist, den Übergang zum alltäglichen Vollzug zu bahnen. Der erste Teil eines Nachbarschaftspaares macht den zweiten konditionell relevant, wobei den Paarsequenzen eine Präferenzstruktur (Pomerantz, 1984) inhärent ist. Je nach Gesprächsformat (Alltag, Streitgespräch, Therapiegespräch usw.) wird der folgende Redezug präferiert oder markiert dispräferiert erwartbar (Bilmes, 1988; Gruber, 1998). In einer systematischen Studie (Thompson et al., 2015) werden (i) *responsive actions*, die „positionally sensitive“ (Schegloff, 1996b) und sequenzspezifisch konzeptualisiert werden, typologisiert und von (ii) Äußerungen differenziert, die nicht spezifisch für eine vorangegangene Sequenz sind. Zu letzteren zählen die

Autoren einerseits „passing the floor“- (Thompson et al., 2015: 3), wie bspw. Schweige- oder Continuer-, und andererseits Repair-Aktivitäten. Betrachtet man die präferenzstrukturierten Paarsequenzen bzw. die zweiten Paarsequenzen als sequenzspezifische *responsive actions*, so gilt es, deren Bezugspunkt im Sinne einer *primordial scene* beispielsweise aus alltäglichen Beendigungspraktiken (bspw. Schegloff & Sacks, 1973), aber auch aus anderen institutionellen Untersuchungen (bspw. West, 2006) auf die spezifisch therapeutische Institutionslogik zu übertragen.



## II. Theorie & Methode

Bevor ich der Ankündigung zur Würdigung obiger Ausführungen in therapeutischen Beendigungen nachkomme, werde ich, mithilfe der Vorstudien, den Boden der theoretischen und methodischen Grundlagen betreten. Dazu stelle ich kurz die ethnomethodologischen Wurzeln des folgenden Untersuchungsansatzes dar, aus denen sich die Konversationsanalyse (s. II.2 Methode - Konversationsanalyse), neben anderen, entwickelt hat. Eine Ergänzung der methodischen Vorüberlegungen werde ich anreißen, wenn es um Intersubjektivität als Problem (s. I.2.1 Intersubjektivität als Problem) gehen wird. Sowohl die Vorstudien zu mundanen Beendigungspraktiken und institutionellem Gesprächsformat, als auch die theoretischen und methodischen Hinweise werden in die Datenanalyse einfließen.

### II.1 Theorie - Ethnomethodologie

Die Ethnomethodologie untersucht die Herstellung sozialer Ordnung, die auf die Sprach-Handlungen des Anderen und den sie umgebenden Kontext maßgeschneidert wird. Dabei sind die sprachlichen Ausdrücke, auf die die Gesprächsteilnehmer wechselseitig Bezug nehmen, vage bzw. mehrdeutig. Bei der Auslegung bzw. Interpretation der mehrdeutigen Ausdrücke *vertrauen* die Gesprächsteilnehmer auf die sinnhafte Interpretation des jeweils anderen. Zu Beginn des Gesprächs wissen beide Teilnehmer nicht, wie sich der geteilte Gegenstand gemeinsam herstellt, aber sie vertrauen wechselseitig darauf, dass der Andere die jeweils eigene Aktivität beim gemeinsamen Stricken erkennt. Dabei sucht die Ethnomethodologie nach Hinweisen, die die Gesprächsteilnehmer dahingehend geben, wie der Andere eigene Äußerungen interpretieren kann. Die Regeln also, nach denen im Allgemeinen der Gesprächsfaden gestrickt wird, sind einerseits mehr oder weniger bekannt, und entfalten sich andererseits erst durch den Vollzug der konkreten Sprach-Handlungen hindurch als handlungsrelevant für die Teilnehmer. Insofern ist das Setting eines Gesprächs immer *vorbestimmend* für mögliche Anwendungen und Auslegungen von Regeln und in dem Grad der Einschränkungen, die aus diesen Vorbestimmtheiten erwachsen, ein unterschiedlich stark *selbstorganisierendes* System. Wie noch gezeigt wird, ist ein News Interview

(S. Clayman & Heritage, 2002) wesentlich engmaschiger gestrickt, als eine Psychoanalytische Therapiestunde und diese wiederum einschränkender, als ein alltägliches Telefonat mit einem Bekannten (Raitaniemi, 2014). Untersucht man nun diese selbstorganisierenden Gesprächssysteme auf die ihnen zugrundeliegenden Regeln und Mechanismen, geht die Ethnomethodologie ökologisch valide vor, es werden darum nur solche Kriterien verwendet, wie die Teilnehmer „patterns of interpretation“ (Blommaert, 2006: 5), also Interpretationsmuster, innerhalb des Gesprächskontextes:

*„Object-level (the ‘acts’ themselves) and metalevel (ideas and interpretations of these acts) cannot be separated in ethnography, for the social value of language is an intrinsic and constituent part of language usage itself; That is: in every act of language people inscribe and mark the social situatedness of these acts and so offer patterns of interpretation to the others.“*

Insofern sind Versprechungen verstehbar als kompromisshafte Äußerungen in situativen Sozio-Kontexten, in denen mehr zum Ausdruck kommt, als das Wort an sich und weniger als alle möglichen Interpretationen in beliebigen anderen situativen Sozio-Kontexten. Die Interpretationsmuster für die soziale Situiertheit sind auch in professionellen Kontexten wie einer Psychotherapie aktiv; sie entspringen Kategorien, die Kommunikationsteilnehmer aus dem Alltag kennen. In psychotherapeutischen Kontexten lernen Teilnehmer, dass sie die alltäglichen Interpretationsmuster einerseits überhaupt verwenden (Bewusst-Werdung) und andererseits, dass eben diese Regeln nicht immer aufgehen, dass mit ihnen gebrochen werden muss, um in Entwicklung (neuer Regeln) zu kommen.

Sieht man „Sprache als implizite Theorie der Welt“ (Kneer & Schroer, 2009: 99), die für die Beteiligten „taken for granted“ (Garfinkel, 1964: 35) erscheint, hilft die Konversationsanalyse als Anwendung der Ethnomethodologie „den lokalen, reflexiven Konstitutionsprozess des Sozialen“ (J. Bergmann, 2000b: 135) und die Methoden der Herstellung desselben aufzudecken.

## II.2 Methode - Konversationsanalyse

Goffmans Schüler Harvey Sacks, Emanuel Schegloff und Gail Jefferson (1974) konzeptualisierten in den 60er Jahren die Konversationsanalyse (KA) an der University of California. Im Unterschied zu Goffmans „interaction order“ (1983), was sich v.a. auf die *äußeren* nonverbalen Einflüsse auf Individuen (Goffman, Wiggershaus, & Wiggershaus, 1982) bezieht, nimmt die Konversationsanalyse, ausgehend von ethnomethodologischen Studien (bspw. "workplace studies" bei Garfinkel, 1986), die *Innenperspektive* der Teilnehmenden – nicht zu verwechseln mit deren Intentionen - von „verbal dominierte(n) Interaktionen“ (Deppermann, 2010: 644) in den Blick. Wie in der Ethnomethodologie sucht auch die Konversationsanalyse nach Methoden der Herstellung sozialer Geordnetheit, die von den Gesprächsteilnehmern lokal produziert (*Teilnehmerperspektive*) und als „Vollzugswirklichkeit“ (J. R. Bergmann, 1974: 113) in sprachlichen Interaktionen erkennbar sind.

*„We have proceeded under the assumption (an assumption borne out by our research) that insofar as the materials we worked with exhibited **orderliness**, they did so not only for us, [...] but for the coparticipants who had produced them. If the materials [...] were orderly, they were so because they had been **methodically produced by members of the society for one another**, and it was a feature of the conversations that we **treated as data that they were produced** so as to allow the display by the coparticipants to each other of their orderliness, and to allow the participants to **display to each other their analysis, appreciation, and use** of that orderliness. Accordingly, our analysis has sought to explicate the **ways in which the materials are produced** by members in orderly ways that exhibit their orderliness, have their orderliness appreciated and used, and have that appreciation displayed and treated as the **basis for subsequent action**.“*

*(Hervorh. MMD, Schegloff & Sacks, 1973: 290)*

Anhand dieser anschaulichen Zusammenfassung stellen Schegloff und Sacks die Grundzüge von Konversationsanalyse dar. Zunächst beobachten sie, dass Gesprächsaufzeichnungen aus der Teilnehmerperspektive Geordnetheit aufweisen und dass die Teilnehmer diese Geordnetheit auf methodische Weise produzieren und füreinander anzeigen, wie sie diese Geordnetheit analysieren, verstanden und benutzten und in nachfolgende Handlungen überführen.

Dass sich soziale Ordnung und sprachliche Interaktion bedingen, berührt die Frage nach der Analyse von Vagheit sprachlicher Kommunikation. Wie können Gesprächsteilnehmer einander verstehen, wenn ihre Äußerungen vielfach interpretierbar sind? Sacks (1984: 21) führt den Begriff des „order at all points“ ein und schafft damit eine interaktional verankerte Bedingung für die psychoanalytische Grundregel des freien Assoziierens (s. IV.1.2.C Gedehte Endstunde (21)). Auch scheinbar Sinnloses, wie Versprechen, Unterbrechen, Zugleich-Reden und Pausen sind bedeutsam für die Interaktion. Das neue an Sacks Konzept ist, dass Sinn im scheinbaren Sprach-Chaos aus dem Gespräch selbst verstehbar sein muss. Die Maxime von Sacks (1984: 21) akzentuiert das nicht auflösbare Forschungs-Paradoxon (s. Kapitel III.1 Transkriptionen als Konstruktionen) der Körnigkeit der Darstellung von Untersuchungsgegenständen auf einer Mikroebene (J. R. Bergmann, 1985). Hier ist es Leistung des Forschers, so feine Strukturen wie nötig und dabei so wenig Überflüssiges wie möglich aufzuzeigen. Die (klassische) Konversationsanalyse zeichnet also das *Wie* der impliziten Regeln des Sprechens nach, und bezieht sich dabei auf das Gespräch selbst. Als Anwendung ethnomethodologischer Ideen meidet die KA *a priori* Kategorien, nach denen das Material geordnet wird, wie sie strukturalistischen Konzepten von Parsons (1949), Grice (2000) oder Chomsky (2002) postuliert<sup>9</sup>. Dieser konsequent konstruktivistische Blick entspringt, wie bereits dargestellt der Tradition der Ethnomethodologie (s. Kapitel II.1 Theorie - Ethnomethodologie), wie auch der Phänomenologie (Schütz, 1971) und der Mikrosoziologie (Simmel, 2015).

Die Konversationsanalyse ist nach Deppermann (2014: 23) ein „induktiver, daten-getriebener Forschungsansatz“, da es „um die Rekonstruktion der sprachlich-

---

<sup>9</sup> Kritik an universeller Tiefengrammtik vgl. i) project speakers turns bei De Ruiter, Mitterer, & Enfield, 2006: 515; ii) Goodwin, 2000; Goodwin, 2006: 99, Figure 3.1; iii) „intentional and mental states“ bei Tomasello, 2005: 189; und "shared intentionality" bei Tomasello & Rakoczy, 2003: 121

kommunikativen Praktiken geht, mit denen InteraktionsteilnehmerInnen situiert, d. h. in Bezug auf die konkreten, lokalen Kontexte ihres Handelns, interaktiven Sinn und Ordnung herstellen“. Anstelle von Hypothesen nimmt die KA aus dem Material heraus eine Fragestellung ein, um die Ausgestaltung der Sprachhandlungen (Form) und deren Einordnung in den Gesprächsprozess (Funktion) darzustellen. Diese Arbeit versucht, den strikt konstruktivistischen Ansatz der KA um gesprächsexterne Bedingungen zu erweitern, ohne strukturalistische bzw. varianten-verkürzende, generalisierende Vorannahmen einzuführen (s. Kapitel I.2.1 Intersubjektivität als Problem).

Zusammengefasst grundieren fünf Vorannahmen die KA-Erkenntnishaltung: Dass Teilnehmer (i) sinnbezogen handeln, (ii) Handlungen und Sinnbezug lokal produzieren, (iii) Äußerungen im Gesprächskontext interpretieren, (iv) diese Interpretationen und erwarteten Interpretationen Anderer als relevant für die eigenen Beiträge einschätzen und (v) diese mit Anderen koordinieren. Im Sinne von Bohnsack (2005) ist das entscheidende Merkmal qualitativer Sozialforschung die Reflexivität der Methoden, wonach auch die Vorannahmen als Konstruktionen zweiten Grades Gegenstand der wissenschaftlichen Auseinandersetzung sind.

Wie soziale Ordnung sich methodisch und lokal produziert herstellt, dazu gibt es neben der Erkenntnishaltung auch andere Strukturmerkmale wie Grundannahmen, die *a priori* angenommen werden, sowie gesprächspraktische Heuristiken (GPH) aus konversationsanalytischen Vorstudien. Es wird eine Forschungshaltung der *differenzierten Bezogenheit* vorgeschlagen, die Vorannahmen wie gesprächsexterne Heuristiken expliziert und so den Prozess der Forschung im Sinne von Devereux (1992) als Moment der wissenschaftlichen Bearbeitung selbst transparent zu machen versucht. Zu den gesprächsexternen Grundannahmen gehört das *turn-taking-system* (Sacks et al., 1974), wonach Interaktionen *turn by turn* regelhaft organisiert sind. Sprecherwechsel sind unabhängig vom Kontext, d.h. in unterschiedlichsten Gesprächsformaten, wirksam, aber kontext-sensitiv, d.h. sie werden spezifisch auf die jeweilige Interaktion ausgerichtet. Dabei werden die Fragen wann und wie bzw. nach welchen Regeln ein Sprecherwechsel erfolgen kann, als konstituierend für sprachliche Interaktionen angenommen. Die sequentielle Struktur von Sprache (Auer, 2013) ermöglicht die

Zug um Zug-Beschreibung von Erwartungen, bspw. an dem Austauschen von Paarsequenzen, die normative Erwartungen evozieren.

Diese Grundannahmen, sowie die Ablehnung eines einheitlichen Methodenkanons kulminieren in einer *Analytischen Mentalität* (Schenkein, 2014). Diese lässt sich mit mindestens sechs Strukturmerkmalen explizieren (vgl. sieben Merkmale bei J. R. Bergmann, 1981): (i) Abbildbarkeit von (non)sprachlichen Phänomenen in Interaktionen, (ii) Transkription als Darstellungsmittel der Wahl mit Überprüfungsmöglichkeit, (iii) KA als Prozessanalyse, (iv) Untersuchungsverlauf der KA, in dem grundlegender Mechanismus über konversationelles Problem, das wiederum eine Lösung in regelhafter Interaktion findet, beschreibbar wird, (v) Strukturzwänge des Gesprächs fördern vielfältige interaktionelle Umgangsformen aus und (vi) das Untersuchungsmaterial ist Quelle, nicht Ziel, für Konstruktionen zweiten Grades. Diese wissenschaftlichen Kategorisierungen können vierfach validiert werden: (i) intuitiv, (ii) durch den nächsten Redezug, (iii) mittels Kontrastierung abweichender Fälle und (iv) über andere Beobachter.

Um GPH, die sich aus Vorstudien *a priori* als relevante Such-Muster in konversationsanalytische Untersuchungen einschreiben, kritisch zu reflektieren, werden sie ‚fallsifiziert‘, also am konkreten ‚Fall‘ befragt (s. Kapitel IV.1 Typen therapeutischer Beendigungen). Beispielhaft sind sechs relevante Heuristiken (Michael B. Buchholz et al., in Druck): (i) Recipient Design (J. R. Bergmann, 1981; Schmitt & Knöbl, 2013), d.h. der Rezipientenzuschnitt als eine situative und koproduzierte Tätigkeit, (ii) Rupture-Repair-Zyklen (Safran & Muran, 2000), die zeigen, wie soziale Ordnung bzw. Erwartungsbrüche mit selbiger wechselseitig angezeigt und wie diese Ordnung mittels Reparaturaktivitäten aufrecht erhalten wird, (iii) Common-Ground-Aktivitäten (Clark, Schreuder, & Buttrick, 1983) als (Alignment-)Realisierung wechselseitig reziproker Handlungen und damit Relevanzerhöhung (von Affiliation), (iv) Deontische Autorität (John R Searle, 1995) als interaktionell hergestellte Form der Autorität, die von der Zustimmung des Gesprächspartners abhängt (Stevanovic & Peräkylä, 2012), (v) Motivkonstruktionen (Schütz, 1932), die therapeutische Konstruktionen zu patientenseitigen Beweggründen und deren Ratifizierung beschreiben, sowie (vi) (Re-

)Formulierungszirkel (Stivers, 2008), die wie Interpretationen (Peräkylä, 2010) vom Hörer angenommen und ausgeführt werden müssen, um ihre Wirkung zu entfalten.

### I.2.1 Intersubjektivität als Problem

Die Gesprächsanalytische Forschung hat neben der KA viele andere Richtungen hervorgebracht, Gespräche zu analysieren, wobei ich die Diskursanalyse kurz zwecks Abgrenzung bzw. Klarifizierung darstellen möchte. Gemeinsam ist Konversations- und Diskursanalyse (DA) die Untersuchung von Sprache als Handlung in Interaktionen. Die DA interessiert sich für den Zweck sprachlicher Handlungen (Ehlich, 1991) und - da sind wir schon bei den Unterschieden zur KA – DA setzt voraus, dass Interaktanten die Handlungsmuster *a priori* zur Verfügung haben und nicht erst im lokalen Vollzug herstellen. Statt von zu lösenden Strukturproblemen der Teilnehmer auszugehen, fokussiert die DA Muster und legt den Kontextbegriff hermeneutisch, also grobkörnig, den sozialen Zusammenhang betreffend, statt feinkörnig, sequentiell produziert, aus. Die DA schließt aus Musterbildungen (vgl. Problemlösen als Handlungsmuster bei Ehlich & Rehbein, 1986) an der Oberfläche sprachlicher Handlungen auf „Tiefenkategorien“ (Ehlich, 1991: 132). Das ist ein wichtiger Unterschied, grenzt sich die KA doch von Beginn an von Parsons „vorgegebenen kulturellen Wertsystemen“ (Galinski, 2004: 23) ab und steht damit in der Ethnomethodologischen Tradition Garfinkels.

Die DA von Tiefenkategorien unterscheidet sich von konversationsanalytischen Untersuchungen formaler Strukturen auch insofern, als erstere letztlich die Reflektion eigener Umgangsformen zum Vergleich (mit dem Material) anlegt, womit die Frage nach den Voraussetzungen für Wissen bzw. Kognition und darüber die des intersubjektiven Verstehens berührt werden. Nach Schegloff (1992b) ist Intersubjektivität ein Problem für die Soziologie, das klassischerweise durch die Setzung der strukturalistischen Vorannahme einer gemeinsamen Kultur (vgl. „common model“ bei Parsons, 2007: 422) mit stabilen Werten, Normen usf. einseitig gelöst werde. Damit werden unterschiedliche Perspektiven bspw. der Teilnehmer eines Gesprächs und des Forschenden gleichgesetzt. Schegloff führt durch die Problematisierung von Intersubjektivität auch das Problemfeld der Relevanz (vgl. Konzept "procedural consequentiality" bei

Schegloff, 1992a) ein, womit er der leisen Kritik der Vielfalt, die die sozialen Ereignisse gerade konstituiert, eine Stimme verleiht. Damit spricht Schegloff (i) in der Tradition von Garfinkel (1967b), der die subjektiv-prozedurale Perspektive der Teilnehmer stärkt, (ii) für Simmel (2015), der die Flüchtigkeit von Ereignissen beschreibt und schließlich (iii) auch im wissenschaftlichen Verständnis von Schütz (1971), der die interpretativen Leistungen im sozialen Miteinander betont. Ten Have (1997) bezeichnet mit Mol (1993) die KA als *empirische Philosophie*. Ethnomethodologische Forschung greift explizit philosophische Fragestellungen auf („how is society possible?“ Ten Have, 1997: 9), und während „philosophers, according to Mol, tend to hide their empirical inspirations, CA-ists hide their philosophical ones“ (ebd.). Anknüpfend an die Darstellung einer empirischen Philosophie, die autopeitische Konstruktionen von Theorie und Methode hervorzubringen versucht, wurden *grundierende Ideen* und *GPH* als Zusammenspiel mit Materialqualitäten beschrieben.



### III. Forschungsdesign

Diese Untersuchung nimmt eine makroskopische Ebene ein, in der therapeutische Interaktionen, die mithilfe der GPH und sensitiven Mechanismen (bspw. Nachbarschaftspaare, Präferenzstruktur, Sprecherwechsel, Sequenzielle Platzierung, accounting practices<sup>10</sup> usf.) analysiert werden. Dabei sind die untersuchten Phänomene unterschiedlich oberflächennah (Deppermann, 2001), von Partikeln, die funktional eher eindeutig sind (bspw. intensifyer: wenig, ziemlich, besonders usf.), über solche Phänomene, die sequenzunspezifisch sind (Thompson et al., 2015: 3), da sie bei ähnlicher Wahrnehmung unterschiedliche Funktionen aufweisen (bspw. *hm* als continuer oder schließendes preclosing) bis hin zu solchen, die aufwendig untersucht werden müssen (bspw. wann und wie eine Beendigungssequenz eingeleitet wird). Das *Wie* der Herstellung sozialer Ordnung und ihrer zugrundeliegenden Mechanismen wird funktional (statt formal, d.h. über die Frage, wo bestimmte Partikel eingesetzt werden) in den Blick genommen (s. Kapitel II.1 Theorie - Ethnomethodologie). Die Formen der interaktional und *in situ* hergestellten Beendigungssequenzen werden als Ausdruck einer spezifisch institutionell-psychotherapeutischen Funktion gesehen. Der Einsatz der Methoden versteht sich als kombinatorisch statt klassisch bzw. puristisch (s. Kapitel II.2 Methode - Konversationsanalyse), da die Interaktion *a priori* bedingender Daten in die Analyse einbezogen werden.

#### III.1 Transkriptionen als Konstruktionen

Transkriptionen stellen eine Überprüfungs- und Vergleichsmöglichkeit dar, die nicht hinterfragte Sprechweisen und damit eine Möglichkeit bieten, implizite Regeln nachzuzeichnen (s. Kapitel II.1 Theorie - Ethnomethodologie). Im Transkriptionssystem nach Jefferson (2004)<sup>11</sup> identifiziert Lerner (2004: 3) den „>gold standard< for transcribing the interactionally relevant features of talk-in-interaction“. Atkinson and Heritage (1984) betonen das Kunststück, Transkriptionen dieses Feinheitsgrades weder zulasten von Lesbarkeit, noch von Genauigkeit

---

<sup>10</sup> Siehe accounting theory (Garfinkel, 1956, 1967a)

<sup>11</sup> Die vorliegenden Audiodaten wurden in Anlehnung daran transkribiert, s. Anhang C Transkriptionsregeln.

anzufertigen. Die Arbeit mit transkribierten Audio- bzw. Videodaten im konversationsanalytischen Sinne läuft einem Interpretationsdilemma zu, wenn sie diese Daten als sequenziell und geordnet qualifiziert. Diese Qualifizierung greift Sacks in der Maxime „order at all points“ auf (s. Kapitel II.2 Methode - Konversationsanalyse) und diese „öffnet den Blick des Interpretieren für die Details des registrierten Geschehens, ohne doch eine untere Detaillierungsgrenze festzuschreiben“ (J. R. Bergmann, 1985: 315). Mit Simmel (1994) kritisiert Bergmann (1985: 318), dass die „technischen Fixierungen von sozialen Interaktionsvorgängen [...] keineswegs die rein deskriptive Abbildung [ist], als welche sie zunächst erscheinen mag, ihr ist vielmehr in ihrer zeitmanipulierten Struktur grundsätzlich ein konstruktives Moment eigen“ (ebd.: 317). Einerseits gilt es, Kontinuität in der therapeutischen Interaktion zu (re)konstruieren - ohne dass abstrakte Einheiten den Bezug zum untersuchten Gegenstand verlieren - und andererseits Details in den Blick zu nehmen – ohne sich in fortschreitender Atomisierung singulärer Kleinstaspekte von Kontinuität im Sprechen zu verabschieden (ebd.: 316). Dieses unauflösbare Dilemma der Fixierung flüchtiger Vorgänge identifizieren auch Psathas and Anderson (1990) mit dem Verweis, das Material nicht als reales Substitut zu betrachten, sondern als *selektiven* (Ten Have, 1990) „konstruierten Realismus“ (J. R. Bergmann, 1985: 317) (vgl. Konstruktionen von Konstruktionen im Kapitel II.1 Theorie - Ethnomethodologie).

### III.2 Materialkorpus

Die vorliegende Untersuchung stützt sich auf eine vollständig audiographierte psychoanalytische Kurzzeittherapie aus den 1980ern, die 28 Therapiesitzungen und zwei Katamnesen umfasst. Die IPA hat eine Nachtranskription der 28 Sitzungen des „Studenten“ auf der Basis von GAT-Standard finanziert<sup>12</sup>. Diese Untersuchung steht in enger Verzahnung mit dem von der Köhlerstiftung finanzierten Empathie-Projekt CEMPP<sup>13</sup>. Hierbei geht es um eine vergleichende Analyse von psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Behandlungen mit konversationsanalytischen Mitteln

---

<sup>12</sup> davon wurden bereits 24 Stunden vollständig GAT-transkribiert, s. Anhang A Übersicht Stundenstatistik

<sup>13</sup> Leitung: Prof. Dr. Dr. M.B. Buchholz und Prof. Dr. Dr. H. Kächele, Wissenschaftliche Mitarbeiterin: M.-L. Alder (Psych. M.A.), Übersicht siehe <http://www.ipu-berlin.de/hochschule/forschung.html>

unter Beachtung von Prosodie und Rhythmus des konversationellen Austauschs. Vorteile des *Studenten* gegenüber anderen Materialkorpora sind, dass

- (i) alle Stunden als Audioaufnahme und die meisten in GAT-Transkription (24/28 Stunden) vorliegen,
- (ii) zum Verlauf wie auch zum Erfolg der Therapie als Ganze vielfach geforscht wurde (Ambühl, 1996; Czogalik & Russell, 1995; R. Dahlbender, Kächele, Frevert, & Schnekenburger, 1995; R. W. Dahlbender, Albani, & Kächele, 1997; R. W. Dahlbender, Erena, Reichenauer, & Kächele, 2001; Hölzer, Scheytt, Pokorny, & Kächele, 1990; H Kächele & Albani, 2001; Kachele, Heldmaier, & Scheytt, 1990; Horst Kächele, Scheytt, & Schwendele, 1999; Leber, 1994; Strauß, Strupp, Burgmeier-Lohse, Wille, & Storm, 1992),
- (iii) mit Prof. Dr. Dr. Kächele, der Therapeut des *Studenten*, als Experte und Zweitgutachter zur Verfügung steht und
- (iv) bereits an dieser Therapie gezeigt werden konnte (Buchholz & Kächele, 2013, 2015), wie fruchtbar die konversationsanalytische Methode angewandt werden kann.

### III.3 Verlauf

Das vorliegende Material, bestehend aus 28 transkribierten Therapiesitzungen, wird zunächst von einer allgemeinen Fragestellung geleitet (s. Kapitel III.4 Fragestellung), die den Blick auf die zu untersuchenden Phänomene vorstrukturiert. In diesem Fall leitet - allgemein ausgedrückt - die Frage nach den Beendigungspraktiken in der konkreten psychotherapeutischen Interaktion als Gegenstandsbildung die wissenschaftliche Untersuchung. Darauf folgt, dass die Beendigungssequenzen auf ihre sequentielle Struktur bzw. diese Struktur ordnende (Handlungs-)Elemente befragt werden. Durch die zeitliche Vorstrukturierung des Materials (zum Ende der Sitzungen), werden die Fragen virulent, wie die Beendigungssequenzen von den davor gelagerten (Nicht-Beendigungs-)Sequenzen unterschieden werden können und wie dieser Übergang hergestellt wird (vgl. "moving towards" und "opening up" closings bei Pavlidou, 2002; Schegloff & Sacks, 1973). Und weiter, wie kommen die Teilnehmer aus der Beendigungssequenz heraus? Zu diesen Fragen werden Belegstellen in Form von Phänomenen gesammelt. Der Vergleich der Einzelfälle

bzw. einzelnen Stunden führt zu Hypothesen über das *Wie* der Herstellung von Beendigungen in dieser spezifischen Interaktion. Weiter wird nach kontrastiven und ergänzenden Fällen gesucht, die zu einer systematischen Typologie gebildet werden, bis diese Kategorien zweiter Ordnung (Schütz, 1971) gesättigt sind (Glaser, 1978; Glaser & Strauss, 2009). Diese Kategorien verbinden sich zu einer (Beendigungs-)Konstruktion, einem Schema wiederkehrender interaktionaler Muster. Die leitende Idee ist, dass in Beendigungssequenzen ein grundlegendes Handlungsproblem zu lösen versucht wird und dies in institutioneller Interaktion andere Regeln zugrunde legt, als in mundanen Konversationen. Die Beendigungspraktiken, die zur Lösung des konversationellen Problems eingesetzt werden, sind der ‚Rohstoff‘ für die Analyse interaktionaler Bedingungen und Konsequenzen für die therapeutische Interaktion.

### III.4 Fragestellung

Die Fragestellung, wie sie im Folgenden kurz differenziert wird, wurde aus der Auseinandersetzung mit dem Material aus Vorstudien, therapeutischen Gesprächsregeln und den konkreten Beendigungsformen der untersuchten Therapie entwickelt. Wie können Psychotherapien mit offenen Themen, zu denen in alltäglichen Konversationen eine wechselseitige Prüfung vorenommen wird, *beidseitig* beendet werden?

- (i) Welche besonderen Regeln der Beendigung lassen sich in der Institution Psychotherapie im Kontrast zu Alltag und anderen institutionellen Interaktionen, am Beispiel des Studenten, deutlich machen?
- (ii) Welche Typen von Beendigung lassen sich beschreiben?
- (iii) Welche allgemeinen Thesen zum *modus operandi* der Beendigung in Psychotherapien lassen sich formulieren?
- (iv) Welchen Konzeptgewinn hat die klinische Anwendung durch die Forschung mit KA?
  - a. Was kann Psychotherapie von KA als Hilfswissenschaft lernen?
  - b. Wann werden Beendigungen typischerweise problematisch?

Diesen Fragen gehe ich im Laufe der Datenanalyse nach und versuche sie in der Diskussion (s. V. Diskussion) einer Antwort zuzuführen.

## IV. Datenanalyse

Um die Beendigungssequenzen der vorliegenden Kurztherapie zu analysieren, wurde zunächst eine Abgrenzung zur mundanen Vollzugspraxis vorgenommen (s. Kapitel (s. IV.2 Schema der Beendigung)).

**I.1 Mundane Praktiken der Beendigung**). Im Folgenden wird die Verortung der Beendigung therapeutischer Interaktion zweifach vorgenommen, i) als Typologie (s. Kapitel IV.1 Typen therapeutischer Beendigungen) von kompakten, gedehnten und kommentierten Beendigungssequenzen und ii) deren konversationelle Konstruktion, die als allgemeines Schema der Beendigung unter Einbezug institutioneller Vorstudien in Hinsicht auf ihre Konstitutionslogik vereinheitlicht wird (s. Kapitel

#### IV.2 Schema der Beendigung).

### IV.1 Typen therapeutischer Beendigungen

Die Beobachtung der Beendigungssequenzen alltäglicher Gespräche und deren struktureller Ableitungen dienen der therapeutisch-institutionellen Interaktion als *primordial scene* (Schegloff, 1996a). Nicht nur zwischen den Gesprächsformaten bildet die Beendigung einen Übergang, sondern auch innerhalb derselben, wobei Heath (1986) den Übergang zwischen Interaktion und Beendigung derselben am Beispiel von medizinischen Beratungsgesprächen beschreibt. Dieser Übergang ist eine Leistung der Interaktionsteilnehmer, wobei jene methodisch eine Lösung für ein konversationelles Problem herstellen: Die wechselseitige Orientierung der Teilnehmer bewegt sich hin zu gegenseitiger „inattention [...] of interactional consequence“ (ebd.: 128) und „the process of taking leave is thoroughly bound up with the [...] movement out of the [...] state of mutually coordinated talk“ (ebd.: 129). Dabei sind die Teilnehmer prinzipiell kompetent (Saville-Troike, 2003: 18), dies gilt für mundane genauso wie für therapeutische Beendigungen, auch wenn letztere kommunikativ asymmetrisch gestaltet sind (s. Kapitel 1.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion). Diese Hierarchisierung der Interaktion impliziert ein Dilemma für Therapeuten: auf der einen Seite müssen Sie die Erfüllung des pragmatisch-institutionellen Ziels der „talking cure“ (Freud, 1970: 263) gewährleisten, einhergehend mit ungleichem Fachvokabular, -wissen, -erfahrung usf., und auf der anderen Seite ist die Beendigung ein „interactional achievement“ (Schegloff & Sacks, 1973: 290), das zu verhandeln ist. Bei dieser Verhandlung im psychotherapeutisch-institutionellen Gesprächsformat kommt es unweigerlich zu ‚Resten‘ bzw. Nicht-Thematisierung von bislang Ungesagtem („unmentioned mentionables“ bei ebd.: 303). Das Scharnier der therapeutischen Beendigung stellt die wechselseitige Prüfung des gemeinsamen therapeutischen Ziels dar. Diese gemeinschaftliche Handlung (vgl. "joint action" bei Clark, 2006), die ich *wechselseitige Therapieerfolgsprüfung* (WETEP) nenne, gestaltet sich über wechselseitige Verpflichtungen (vgl. "joint commitments" bei Clark, 2006) im Beendigungsprozess aus. Vor dem Hintergrund des Dilemmas des *open-topic closing* stehen den Teilnehmern vielfältige Methoden der Bearbeitung desselben zur

Verfügung. Diese Methoden drücken sich in den drei folgenden Typen aus, die ich anhand von jeweils drei Beispielen - einer frühen, einer mittleren und einer späten Stunde - illustriere<sup>14</sup> und jeweils in einem Überblick die restlichen Stunden aufzeige. Vor den verschiedenen Beendigungssequenzen werde ich kurz das letzte Thema zusammenfassen, das ich aus Platzgründen nicht mit in den jeweiligen Transkriptionsausschnitt aufgenommen habe<sup>15</sup>. Eine ausführlichere Beschreibung der KZT findet sich bei Horst Kächele and Schwendele (1987) und Horst Kächele et al. (1999).

#### IV.1.1 Kompakte Beendigungen

Der erste Beendigungstyp umfasst elf einzelne Sitzungen, die vier bis 12 Turns ‚kurz‘ sind (s. IV.1.1.D Übersicht kompakte Beendigungen). Ich werde Stunde 1, 16 und 27 ausführlich beschreiben. Entscheidend für die Codierung ‚kompakt‘ ist zum einen die Turn-Quantität, aber, weil dies nicht uneindeutig ist, zum anderen der rasche Umgang mit Zwischensequenzen bzw. Einschüben (wie Fragen, Klagen, Verabredungen usw.). Damit stehen die kompakten Beendigungen den gedehnten gegenüber, da in diesen Beendigungstypen Einschübe ausführlicher bearbeitet werden.

---

<sup>14</sup> Da die konversationsanalytische Bearbeitung aller 28 Sitzungen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, habe ich mich auf jeweils drei prägnante Beispiele jeden Typs (zu Beginn, Mitte und Ende der Therapie) festgelegt. Im Schema der Beendigung (s. Kapitel IV.2 Schema der Beendigung) finden sämtliche Stunden in ihrer Konstitutionslogik Eingang. Die 28 Transkripte der Beendigungssequenzen s. Anhang D Transkriptionen der Beendigungssequenzen

<sup>15</sup> Anfragen zu Originaltranskripten, sowie Tonaufnahmen bitte an: michael.dittmann@ipu-berlin.de



IV.1.1.A Kompakte Anfangsstunde (01)

702 T: Was ich so=w=so aus dem !GESPRÄCH! für !MICH! und des will ich Ihnen halt des is ja meine Aufgabe, dabei, dass ich ja versuche ob ich Ihnen etwas: (1) !SAGEN! kann über Sie <selbe:r, was ich> glaube, ((00:45:00-0)) (-) zu verstehen? Und dann gucken=wa=weiter ob Sie damit etwas: #ähm# °irgendwie anfangen können;°

1

703 (1.4)

704 T: °ja?°

2

705 (1.5)

706 T: .h gut dann: (-)

sehen wir uns nächsten Montag, wieder?

3

707 P: Vierzehnuhndreißig?

708 T: Ja?

4

709 P: gut;

710 (3) ((Bewegungsgeräusche))

711 P: ↑Wiedersehn?

5

712 T: wiedersehn, ((? ge, ?))

((Ende der Aufnahme 45:18 min))

Im ersten Treffen der Teilnehmer berichtet der Patient am Ende der Stunde von einem Autounfall, der einem Freund das Leben kostete und wovon eine Narbe auf der Stirn zeugt. Nach dem Unfall sei es zu Spannungen beim Patienten gekommen, die der Therapeut mit heftigen Gefühlen verbindet, woraus der Patient ableitet, er solle aggressiver sein. Diese wahrgenommene Vorschrift benennt der Therapeut und trennt diese Wahrnehmung von seiner Beobachtung. Nach der patientenseitigen Ratifikation leitet der Therapeut die Beendigung ein, indem er, wie in Sektion 1<sup>16</sup> zu sehen ist (Z. 702), eine *indirekte Ankündigung* (vgl. "covert announcement" bei Button, 1987) platziert. Zur Abgrenzung des vorigen Themas greift der Sprecher auf eine Verzögerung bzw. einen *Deplatziertheitsmarker*<sup>17</sup> („Was

<sup>16</sup> Im Folgen werde ich den Transkriptausschnitten Sektionen optisch hervorheben und jeweils als mehr oder weniger abgrenzbare Teilaspekte der jeweiligen Beendigungssequenz untersuchen.

<sup>17</sup> „Misplacement marker“ zeigen nach (Schegloff & Sacks, 1973: 320) „an orientation by their user to the proper sequential-organizational character of a particular place in a conversation, and a recognition that an utterance that is thereby prefaced may not fit, and that the recipient should not attempt to use this placement in understanding their occurrence“. Die Autoren schildern

ich so=w=so“) zurück, um anzuzeigen, dass die Äußerung (i) nicht entsprechend erwartbarer Konventionen platziert wurde und (ii) vom Hörer nicht entsprechend der Stelle ihres Auftretens, sondern als rekursives Element für die Beendigungssequenz als abschließende und die Interaktion gliedernde Einheit zu beurteilen ist. Die indirekte Ankündigung ist somit - bezogen auf die erwartbare, aber ausbleibende Prüfprozedur mundaner Konversation - deplatziert und zugleich Ausdruck und Gestaltungselement des kommunikativen Genres, der therapeutischen Interaktion. Diese Ankündigung dient (i) einerseits der Themenbeendigung, indem vorige Inhalte nicht weiter vertieft werden, sondern metasprachlich auf das bisherige Gespräch als Ganzes Bezug genommen wird („aus dem !GESPRÄCH!“) und (ii) andererseits, durch die Orientierung Richtung *zukünftiger* Treffen als Projektvorschlag „Und dann gucken=wa=weiter ob Sie damit etwas: #ähm# °irgendwie anfangen können;““ (Projektartikulation bei Alder, Brakemeier, Dittmann, Dreyer, & Buchholz, 2015; Buchholz & Kächele, 2015; Michael B. Buchholz et al., in Druck), der Initiierung der Beendigung des *aktuellen* Treffens. Der Bezug zum Genre der therapeutischen Interaktion zeigt sich auch in der Aufgabe, die der Therapeut formuliert („dass ich ja versuche ob ich Ihnen etwas: (1) !SAGEN! kann über Sie <selbe:r, was ich> glaube, ((00:45:00-0)) (-) zu verstehen?“). Bei der Formulierung setzt der Sprecher zunächst Possessivpronomina ein, die sich auf ihn beziehen (v.a. während der Vorbereitung der Aufgabenformulierung), woraufhin er sich über die Ansprache des Hörers (in der Aufgabenformulierung selbst) zu einem gemeinsamen Handeln (Projektvorschlag) bewegt. Den zweiten Teil des Bezugs auf künftige, gemeinsame Handlungen wird durch ein mit Knarrstimme (creaky voice) gesprochenes #ähm# eingeleitet und leise gesprochen, sowie leicht fallend intoniert beendet, was die Relevanz eines folgenden Sprecherwechsels (S. E. Clayman, 2013) erhöht.

Die unilaterale Initiierung von Beendigungseinleitungen durch den *Hüter der Institution*, den Therapeuten, ist dasjenige Moment, an dem die Asymmetrie im Gesprächsformat der therapeutischen Interaktion virulent wird, da auf die

---

Deplatziertheitsmarker im Kontext von Themeneröffnungen *innerhalb* der Beendigungssequenz als rekursives Element für den „status of ‚closings‘ as an organizational unit“ (ebd.). Im vorliegenden Ausschnitt von Stunde 1 ist der Deplatziertheitsmarker ebenfalls auf diesen Status beziehbar, jedoch in Abgrenzung zu *vorigem* topic talk.

hierarchischen Positionen der Teilnehmer (Firth, 1972) verwiesen wird, die nach Atkinson (1982) vorverteilt sind. Beendigungen verweisen auf die „signature' of sorts to the type of conversation“ (Schegloff & Sacks, 1973: 318) und sind „contingent on the general constraints that the institutional context dictates for the whole speech event“ (Martínez, 2003: 284), da von vornherein das Ende festgeschrieben ist<sup>18</sup>. Die manifeste Kommunikation kann als Lösung für ein implizites Problem verstanden werden. Der Therapeut initiiert über den Projektvorschlag eine soziale Beziehung der Teilnehmer, die über das aktuelle Treffen hinausgeht (vgl. "arrangement" bzw. "projecting future activities" als "closing implicative" bei Button, 1990: 94). Durch die Einleitung der Beendigung mithilfe einer indirekten Ankündigung und einem Projektvorschlag in einem Redezug, werden beide Teilaspekte (Beendigungseinleitung und Zukunftsorientierung) miteinander kommunikativ verknüpft. Damit schafft der Sprecher drei Dinge: (i) er leitet die Beendigung über eine Erwartungsverletzung mundaner Konversation ein, (ii) diese formuliert er mithilfe einer indirekten Ankündigung der Beendigung und (iii) verknüpft die erwartbare Reaktion des Hörers auf die Beendigung mit einem Projektvorschlag, der die gemeinsame soziale Beziehung betrifft.

Die indirekte Ankündigung mit abschließendem Projektvorschlag kann durch den Hörer „minimal“ (Button, 1987: 109) ausgearbeitet werden, wodurch sie potentiell aushandelbar wird. Im nächsten Ausschnitt, in Sektion 2, sehen wir, dass der Hörer eine mögliche Reaktion auf die Ankündigung des Sprechers ungeregelt verstreichen lässt, da - wie zuvor der Therapeut bei der Abweichung von mundaner Prüfungspraktik – keine aktive Zustimmung durch eine „action of passing the floor“ (Thompson et al., 2015: 3) erfolgt. Nach einer Pause (Z. 703) fragt der Therapeut leise nach der Zustimmung des Patienten (Z. 704) zum Projektvorschlag und der damit einhergehenden indirekten Ankündigung der Beendigung des Gesprächs. Der Patient lässt die TRP ungeregelt verstreichen (Z. 705). Wie erwähnt wurde (s. Kapitel I.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion), ist der Umgang mit Widerstand elementar für die therapeutische Arbeit (Vehviläinen, 2008). An dieser kurzen

---

<sup>18</sup> mit einem gewissen Spielraum (s. A Übersicht Stundenstatistik) im Vergleich zu News Interviews bei S. E. Clayman (1989)

Sequenz können wir beobachten, wie Widerstand hergestellt wird: Indem der Patient die erwartete Reaktion (Ankündigung – Zustimmung bzw. Projektvorschlag – Annahme) nicht einnimmt, sondern schweigt, markiert er, (i) einerseits, dass er *dazu* nichts zu sagen hat, den Redezug also nicht annimmt, und lässt damit (ii) andererseits offen, ob er der Beendigungsankündigung, dem Projektvorschlag oder beidem nicht *expressis verbis* zustimmt, da er nicht *sagt*, dass er zustimmt oder nicht.

Der Therapeut zeigt an, dass die Zustimmung zur Beendigung nicht erwartet wird („h gut dann: (-)“), da er, in Sektion 3, nur die Annahme der gemeinsamen Verabredung mithilfe eines stark steigend intonierten Verweises auf die kommende Stunde (gleichsam als indirekte Ankündigung der Beendigung), formuliert („sehen wir uns nächsten Montag, wieder?“). Hierauf reagiert der Patient minimal verschoben über die Nachfrage zur Uhrzeit (Z. 707), statt der Antwort ja/nein, was dem Frageformat entspräche. Nach dem patientenseitigen Schweigen wurde wiederum erst mithilfe von eindeutigen (statt verknüpften) *Common Ground Aktivitäten* (Clark, 1996), also die zuvor als wechselseitig herzustellende und annahmepflichtige Herstellung einer künftigen sozialen Beziehung, eine Antwort für den Patienten möglich. Robinson (2001) beschreibt mit Heath (1986) und Houtkoop-Steenstra (1987), dass Vereinbarungen bzw. Verabredungen am Ende des Gesprächs von den Teilnehmern als Themenbeendigung verstanden werden, da keine völlig neuen Anliegen eingebracht werden. Diese Verabredungen am Gesprächsende werden angenommen, abgelehnt oder mit Verweis auf das vorige Gespräch ausgeführt (Robinson, 2001: 651). Verabredungen am Gesprächsende eröffnen zwar ein neues Thema, zugleich kommt der Zustimmung der Thematisierung zukünftiger Treffen oder Tätigkeiten die Funktion einer Grenzmarkierung zu bislang Gesagtem zu, dem nichts Weiteres hinzugefügt wird (Button, 1991). Aus Untersuchungen alltäglicher Konversationen werden dementsprechend Verabredungen als „closing-relevant“ (Schegloff & Sacks, 1973: 306) und „strongly closing implicative“ (West, 2006: 386) beschrieben. West (2006) hebt hervor, dass „closings in primary visits were routinely initiated through the making of arrangements“ (ebd.: 409).

Nun könnte erneut ein letztes Thema der Terminvereinbarung eröffnet werden, jedoch signalisiert der Therapeut durch eine fragend intonierte Vorbeendigung, dass er nichts weiter zu dem Thema Uhrzeit bzw. Terminvereinbarung zu sagen hat (Z. 708). Damit gibt er dem Patienten steigend intoniert die Möglichkeit, einen Redezug (bestätigend oder ablehnend) auszugestalten. Dieser bestätigt die Einleitung der Beendigungssequenz durch eine Vorbeendigung (Z. 709) und es folgt eine lange Pause von 3 Sekunden (Z. 710). Die Pause birgt sequentiell betrachtet die Möglichkeit, ein letztes Thema zu platzieren, was beide ungeregelt verstreichen lassen. Somit ist die Beendigungsbeendigung gemeinsam beschlossene Sache, genauso wie die vorsichtige Annahme des Patienten eines weiteren Treffens als Antwort auf den Projektvorschlag des Therapeuten. Der Patient ergreift als erster die Möglichkeit, die Schlussgrußsequenz einzuleiten (Z. 711), und somit die Beendigungssequenz des Gesprächs über den Austausch von Abschiedssequenzen zu beenden. Indem er dies steigend intoniert, ist als Versuch verstehbar, die konditionelle Relevanz des Austauschs von Schlussgrüßen, wie es aus mundaner Konversation erwartbar ist, zu markieren. Der Therapeut schließt bei knapp 45 Minuten das Gespräch mit der Betonung auf *wieder* („wiedersehn,“) und somit als Verweis auf die Kontinuität der Treffen („continuity of care“), wie es West (2006: 415) beschreibt. Button (1991) bezeichnet diese „conversation-in-a-series“ (Interaktion, die mehrere Treffen umfasst) mit „standing relationship“ als Ausdruck der Kontinuität, wobei Teilnehmer „elaborate upon it [standing relationship, Anm. MMD] and constitute it as relevant for their talk and conduct, *in* their talk and conduct“.

#### IV.1.1.B Kompakte Mittelstunde (16)<sup>19</sup>

**T:** jA:, ich >>glaub es is<< Zeit, (.) dass Si::e, (1.8) °°so=jetz°° (1.6) >so jetzt Sie< unter (-) ich unterBRECH SIE JETZ PLÖTZlich [dabei

**P:** [mhm

**T:** abe:r #e::s# (.) #e:r# .hh °dass Sie nicht noch später,° (1) °komm:;°

(1.5)

**P:** >gut.<

**T:** j↑a,

(1.4)

**T:** Wie[dersehn;

**P:** [W↑iedersehn.

**T:** ((?°°>gut<°°?))

((Ende der Aufnahme 48:35 min))

Bevor der Therapeut die Beendigung einleitet, spricht der Patient über die Beziehung zu seiner Freundin und dem Gedanken der Trennung. Er habe zwar Angst, allein zu sein, aber es seien auch Gefühle da, was sich im Miteinanderschlafen und im alltäglichen Umgang zeige. Die Beendigungseinleitung des Therapeuten erfolgt in Sektion 1 durch eine Grenzmarkierung („jA:“), die als solche durch die nachfolgende direkte Ankündigung (vgl. "overt announcement" bei Button, 1987) verstehbar wird und durch die Einführung eines neuen Themas das vorige abgrenzt: „ich >>glaub es is<< Zeit“. Diese Ankündigung ist (i) durch das Verb ‚glauben‘ sanfter eingebettet, als ohne (es ist Zeit) und (ii) nicht vollständig, da nicht ausgesprochen wird, wofür jetzt Zeit ist, was wiederum dem Hörer die Möglichkeit gibt, selbst eine Idee zu entwickeln. Nach einer sehr kurzen Pause (.) folgt die Adressierung der Ankündigung mit „dass Si::e“, worauf zwei längere Pausen (zunächst 1.8 und dann 1.6) einen leise gesprochenen ‚Startversuch‘ („°°so=jetz°°“) umklammern. Dieser Startversuch wird schnell gesprochen wiederholt („>so jetzt Sie< unter“) und wiederum abgebrochen. Das Stocken bzw. Abbrechen der Rede weist auf einen kommunikativen Bruch hin, dass (i) das vorige

<sup>19</sup> Da für diese Stunde nur ein vollständiges Verbatim-Protokoll vorliegt, kann keine Zeilennummerierung für die GAT-Transkription angezeigt werden.

Thema unilateral beendet wurde und (ii) wie der Hörer damit nonverbal umgeht (was wir nicht in den Daten sehen, aber aus dem Umgang des Sprechers/Therapeuten damit vermuten können). Die Pausen nach dem Sprechen können als TRP gehört werden, werden in diesem Fall jedoch dem aktuellen Sprecher zugeordnet, da dieser zwei Restarts durchführt (vgl. IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09). Beim dritten ‚Anlauf‘ formuliert der Sprecher einen Metakommentar, das auf dessen (Sprach-)Handlung und deren Rezeption durch den Hörer Bezug nimmt („ich unterBRECH SIE JETZ PLÖTZlich“). Damit repariert der Sprecher den kommunikativen Bruch (unilaterale Themenbeendigung) und setzt mit einem Konjunktionaladverb („dabei“) zu einer dem zuvor Gesagten widersprechenden Äußerung an, wobei der Patient gleichzeitig eine Interjektion platziert („[mhm“). Den Gegensatz leitet der Therapeut daraufhin noch deutlicher mithilfe der Konjunktion „aber:r“ ein, kommt abermals ins Stocken („#e::s# (.) #e:rr#“) und holt hörbar Luft. Nach Goodwin (2006) ist die sichtbare Teilnahme bzw. Aufmerksamkeit für die gemeinsame Gesprächskonstruktion wichtig. Demnach beeinflussen auch die prosodische Kontur des Sprechers oder eine Pause im Redefluss den Hörer und versuchen ihn wieder “ins Boot” zu holen. Der Therapeut beendet zunächst unilateral durch eine Grenzmarkierung das vorige Thema (der Beziehung des Patienten), führt ein neues Thema ein, das beendigungsimplikativ ist („closing implicative“ bei Button, 1990: 94) und markiert mehrfach, durch Stocken bzw. Selbstunterbrechungen, Pausen, Restarts, Metakommunikation und Kontrastbildung, dass der Hörer diese Beendigungseinführung deplatziert wahrnehmen und somit nicht im sequentiellen Verlauf berücksichtigen kann. Der Hörer wird im Weiteren, nach ausführlicher Vorbereitung, direkt adressiert und ein Reparaturversuch gestartet, indem das Unterbrechen des *Sprechers* verbunden wird mit einem bevorstehenden Termin (was in der Sitzung besprochen worden war) des *Hörers*: „°dass Sie nicht noch später,° (1) °komm:;°“. Mit dieser *kontrastiven* Verbindung (Sprecher unterbricht, *aber* Hörer hat einen Termin mitgeteilt) kann der Therapeut (i) die Unterbrechung, die er als deplatziert markiert hat, mit der aktuellen Stunde verbinden, (ii) damit den kommunikativen Bruch auf einen Common Ground zurückführen und (iii) die Beendigung der Sitzung unilateral einleiten.

Dies bestätigt der Hörer rasch, mit stark fallender Intonation nach einer Pause (1.5) in Sektion 2 und leitet damit den Vorbeendigungsaustausch ein („>gut.<“), wobei der Therapeut unmittelbar, mit leicht ansteigender Stimmlage und Intonation anschließt („j↑a,“). Nach einer mittellangen Pause (1.4), in Sektion 3, wählt der Therapeut sich selbst und leitet den Schlussgrußaustausch ein („Wie[dersehn;“), wobei der Hörer noch während des ersten Abschiedsgrußes des Sprechers ebenfalls den Abschiedsgruß platziert („[W↑iedersehn.“), sodass beide gleichzeitig sprechen. Anschließend sagt der Therapeut etwas, das nicht eindeutig zu verstehen ist, da er sehr leise, schnell und undeutlich spricht ((?°°>gut<°°?)). Das überlappende Sprechen, sowie die dem Minimalschema gleichende Beendigung der Begegnung (Vorbeendigungs- und Schlussgrußsequenz) könnten darauf hinweisen, dass sich beide Teilnehmer in Sektion 2-3 bereits aus dem interaktionalen Erwartungsraum heraus- und auf die anschließenden Termine zubewegt haben. Der Selbstkommentar des Therapeuten, das der Überlappung der Schlussgrüße folgt, ist entsprechend als Versuch verstehbar, die Überlappung als *rupture* zu markieren und unmittelbar zu reparieren. Da die Äußerung jedoch nicht eindeutig ist und der Patient nicht darauf eingeht, ist diese Annahme nicht abschließend beurteilbar.



## IV.1.1.C Kompakte Endstunde (27)

644 T: SEHR! intressant (--) wie das jetzt (-) so: dazu: SAGEN! können  
zu meinen .hhh (--) meinen (.) hh

645 P: °meinen?°

646 (---)

647 T: .hh find ich sehr intressant für mich: auch so dass sie da des so  
ERGÄNZEN! können,

648 (1.1)

649 T: und des bisher in der Weise noch nicht deutlich wurde (-) also (--)  
nächsten Montag sehn ma uns (--) und am sechzehnten;

650 (1.7)

651 T: ja?

652 P: °°gut.°°

653 (---)

654 T: ((? einmal. ?))

655 (1.3)

656 P: wiedersehen,

657 T: wiedersehen;

((Ende der Aufnahme 47:48 min))

Diese Sitzung ist die drittletzte, also folgen zwei Stunden bis zum Ende der Therapie. Der Patient thematisiert kurz vor der Beendigungseinleitung die Beziehung zu seinem Vater, der ihm durch Anklagen Liebe entzogen habe. Diese Methode des Anklagens habe der Patient übernommen und seinerseits eingesetzt. Darauf Bezug nehmend, beginnt der Therapeut in Sektion 1 die *wechselseitige Therapieerfolgsprüfung* (WETEP), indem er mit lautem „SEHR!“ eine prosodische Grenzmarkierung vornimmt. Der Sprecher kontrastiert das Vorige vom Nachfolgenden durch die Lautstärkeänderung und es wird erwartbar, dass nun etwas Wichtiges folgt. Mit kurzen Pausen (viermal in Z. 644) und zwei Dehnungen im nachfolgenden Redezug signalisiert er dem Hörer, dass die Äußerung deplatziert ist. Er fährt fort: „intressant (--) wie das jetzt (-) so: dazu: SAGEN! können“. Durch den Fokus auf „SAGEN!“ macht der Sprecher deutlich, dass er dies in Abgrenzung zum ‚Zuhören‘ verstanden wissen möchte. Einerseits betont der Sprecher, dass er

das ‚Sprechen‘ „SEHR! intressant“ ist, andererseits kontrastiert er dieses Interessante‘ durch den Fokus auf ‚Sprechen‘ mit ‚Nicht-Sprechen‘ bzw. Zuhören. Dies passt zu dem Bild, wonach das pragmatische Ziel der Therapie in der Bereitstellung von Hilfe liegt und zugleich das *Wie* dieser Bereitstellung schulenspezifisch, in diesem Fall psychoanalytisch, und damit theoriegeleitet ausgelegt wird, nämlich, dass der Patient nicht reiner Empfänger von Ratschlägen sein soll<sup>20</sup>, sondern dass über Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten (S. Freud, 1914) ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ bzw. patientenseitig initiierte Aktivität gefördert wird. Zugespitzt formuliert ist diese Ermunterung zur Aktivität, der Förderung von Ich-Stärke<sup>21</sup> (S. Freud, 1989: 111), die Umkehrung des Anfangszustandes der Therapie, wenn der Patient als Hilfesuchender und der Therapeut als Hilfegebender die Beziehung gestalten (Die Funktion des Ich bei Projektion und Introjektion bei Searles & Eicke, 1974). Die Ermunterung zur Aktivität bzw. die Förderung von Ich-Stärke ist in dem vorliegenden Fall das „SAGEN! können“, das der Sprecher mit „zu meinen .hhh (--) meinen“ verbindet. Diese Verbindung verweist auf den wechselseitigen Charakter der sozialen Unternehmung ‚therapeutische Interaktion‘, in der eine Einzelhandlung immer koproduziert verstanden wird. Unklar ist, was der Therapeut meint, *was* sein Anteil ist. An dieser Stelle macht der Sprecher eine sehr kurze Pause (.) und atmet hörbar aus, worauf der Hörer leise nachfragt „°meinen?°“. Diese Nachfrage zur Verbindung des Sprechers, vermittelt durch das Possessivpronomen ‚mein‘, bekommt durch die Wiederholung des Hörers etwas Doppeltes: Das Possessivpronomen ist relativ und je nachdem, wer es ausspricht, auf eben diesen bezogen. Indem der Patient das Possessivpronomen des Therapeuten wiederholt, spricht er von ‚meinen‘ aus seiner Perspektive und nicht mehr von denen des Therapeuten, da die Perspektive des (vorigen) Hörers nicht auf die des Sprechers zurückgebunden wird (Transformation wäre: ‚Ihren?’). Dem Therapeuten fehlt die epistemische Autorität (vgl. "professionals lack the epistemic authority" bei Stommel & te Molder, 2015: 284), um sich den Beitrag der therapeutischen Hilfeleistung (für den Patienten) selbst zu bescheinigen (bspw.

---

<sup>20</sup> eher ist die psychoanalytische Situation darauf angelegt, dem Therapeuten Ratschläge zu geben, wie bei S. Freud (1996)

<sup>21</sup> Freud zum Ziel der Psychoanalyse: „Ihre Absicht ist ja, das Ich zu stärken, es vom Überich unabhängiger zu machen, sein Wahrnehmungsfeld zu erweitern und seine Organisation auszubauen, so daß es sich neue Stücke des Es aneignen kann. Wo Es war, soll Ich werden.“ (ebd.)

„jetzt habe ich Ihnen geholfen“, s. auch IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09). Der Therapeut braucht die kommunikative Anerkennung durch den Patienten. Ob der Patient das Possessivpronomen aus Sicht des Therapeuten, i.S.d. Rezipientenzuschnitts, oder aus seiner eigenen Sicht verstanden wissen möchte, ist offen. Indem der Patient den möglichen Beitrag des Therapeuten zur *wechselseitigen Therapieerfolgsprüfung* (WETEP), was der Therapeut über das Possessivpronomen anzeigt, nicht eindeutig bearbeitet (prosodisch oder transformativ), ist nicht klar, wie der Patient zu dem Beitrag des Therapeuten steht, ob (i) der Beitrag ausreichend für die erfolgreiche Prüfung der therapeutischen Hilfeleistung und damit für die Beendigung der Beendigung ist, oder (ii) der Patient sich nicht vom Therapeuten geholfen sieht. Man könnte die uneindeutige Wiederholung des Patienten als Anregung verstehen, dass der Therapeut das zuvor Gesagte eindeutiger ausweist.

Nach einer mittellangen Pause (Z. 646) beginnt der Therapeut erneut (Restart: „hh find ich sehr intressant“), dieses Mal gemildert, ohne Fokus auf „sehr“ und fügt „für mich:“ hinzu, was die vorige Äußerung relativiert, wonach das Sprechen des Patienten eine Leistung mithilfe des Gesagten des Therapeuten erfolgt, da die Perspektive des Sprechenden betont wird. Es ist nicht mehr die *wechselseitige Therapieerfolgsprüfung* (WETEP) *per se*, die sich der Therapeut zurechnet, sondern seine Perspektive auf dieselbe. Der Sprecher relativiert auch seinen Einfluss auf das ‚Interessante‘, indem er mehrere *mitigator* um den Adressaten („sie“) und zwischen ihn („mich“) und das Ziel des Interessanten einfügt: „auch so dass sie da des so ERGÄNZEN! können,“. So mildert der Sprecher das „SAGEN! können“ (Z. 644) zu einem „ERGÄNZEN! können,“ und bietet dem Hörer durch leicht steigende Intonation und eine Pause (1.1) an, eben dieses zu ergänzen, was der Hörer ungeregt verstreichen lässt. Der Therapeut wählt sich selbst als nächsten Sprecher und führt einen Grund an, weshalb ihn das Ergänzen-Können interessiert, was wiederum den vorigen Beitrag als ergänzungsbedürftig markiert („und des bisher in der Weise noch nicht deutlich wurde (-)“). Die Perspektive des Therapeuten auf die WETEP und die Wortänderung mildern die Äußerung zur Verbindung zwischen dem Sagen-Können des Patienten und dem, was der Therapeuten dazu beiträgt, ab. Indem der Therapeut „deutlich“ fokussiert, verweist

er auf die Möglichkeit, dass dies von ihm selbst nicht gesehen bzw. vom Patienten nicht gezeigt wurde, und bereits zuvor da gewesen sein konnte, jedoch durch die Wahrnehmung und Einführung in den kommunikativen Raum besondere Bedeutung zukommt. Die Einführung von Wahrnehmungs- als *conversational objects* (vgl. auch Formulierungen als „conversational objects“ bei Heritage & Watson, 1979) bildet einen gemeinschaftlichen Raum (Common Ground) aus, dessen Verhandlung als WETEP verstanden werden kann. Über den Konklusivpartikel „also“ (s. IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09)) verweist der Therapeut auf dieses geteilte Wissen und verlinkt im Wir-Format nach einer kurzen Pause (--) die aktuelle Stunde mit den verbleibenden Sitzungen („nächsten Montag sehn ma uns (--) und am sechzehnten“).

Die abfallende Intonation und das Linking als indirekte Ankündigung der Beendigung verweisen auf einen TRP, wobei der Patient in der nachfolgenden Pause (1.7) in Sektion 2 die Möglichkeit zu sprechen ungeregelt verstreichen lässt. Der nachfolgende Turn des Therapeuten („ja?“) zeigt, dass eine Reaktion erwartbar ist und dient zugleich (retrospektiv betrachtet) als Vorbeendigungssequenz, da der Patient im darauffolgenden Redezug („<sup>oo</sup>gut.<sup>oo</sup>“) mit einer *action of passing the floor* (Thompson et al., 2015: 3) an- und die Sequenz abschließt. Der Therapeut, von zwei Pausen ‚ummantelt‘, sagt in Sektion 3 etwas, das nicht eindeutig zu verstehen ist (Zn. 653-655). „((? einmal. ?))“ könnte sich auf die letzte inhaltliche Äußerung des Therapeuten, den letzten Termin am sechzehnten, beziehen, auf die der Therapeut eine Reaktion eingefordert hat, nachdem der Patient den TRP ungeregelt verstreichen ließ (Zn. 649-651). Auch wenn diese deiktische Äußerung in ihrem Bezug uneindeutig ist, knüpft sie doch an die vorige Äußerung des Therapeuten (Z. 649) an. Ähnlich der elliptischen Kommunikation, die Auslassung von geteiltem Vorwissen, könnte auch hier das kleine Wörtchen ‚einmal‘ eine solche Funktion übernehmen, nämlich, dass es nicht *jetzt* besprochen werden muss, dass die Therapie als Ganze sich dem Ende neigt. Der Patient schließt durch Nicht-Berücksichtigung der Äußerung diese als neues Thema aus. In Sektion 4 initiiert der Patient („wiedersehen,“) die Schlussgrußsequenz, die der Therapeut, zugleich mit der Interaktion, abschließt („wiedersehen;“).

IV.1.1.D Übersicht kompakte Beendigungen<sup>22</sup>

Stunde	$\Sigma$ Turns	Grenzmarkierung nach		WETEP	Zwischensequenz
		letztem Thema	Beendigungs- eröffnung		
1	10	Deplatziertheits- marker	dann	Aufgabenklärung	Verabredung
4	12	Prosodischer Kontrast	also	Metapher	Linking
10	6	Deplatziertheits- marker	also	Fazit	Linking, Selbst- kommentar (von P)
16	5	Kohärente Abgrenzung (ja)	---	keine WETEP, da externer Grund	keine
17	6	Kohärente Abgrenzung (gut)	---	Projekt (T+P), Projekt (P)	---
18	5	also	---	Projekt (T+P)	Verabredung
19	4	Kohärente Abgrenzung (ja)	Kohärente Abgrenzung (eben)	Projekt (P)	reopen
22	4	also (von P)	---	Fazit (von P)	Verabredung
24	4	also	---	Projekt (T+P)	---
25	4	also	---	Fazit (von P)	---
26	8	Kohärente Abgrenzung (ja von P)	---	Hilfe zur Selbsthilfe	---
27	9	Prosodischer Kontrast	also	Hilfe zur Selbsthilfe	Selbstkommentar
28	5	also	---	---	Linking

<sup>22</sup> T steht für Therapeut, P für Patient, T+P für Therapeut und Patient betreffend; falls keine Zugehörigkeit der Person notiert ist, ist der Therapeut gemeint; grün steht für ausführlich bearbeitete Stunden

#### IV.1.2 Gedehte Beendigungen

Der zweite Beendigungstyp umfasst sechs einzelne Sitzungen, die acht bis 50 Turns ‚lang‘ sind (s. Kapitel IV.1.2.D Übersicht gedehnte Beendigungen). Ich werde Stunde 9, 14 und 21 ausführlich beschreiben. Entscheidend für die Codierung ‚gedehnt‘ ist der ausführliche Umgang mit Zwischensequenzen bzw. Einschüben (wie Fragen, Klagen, Verabredungen usw.). Damit stehen die gedehnten Beendigungen den kompakten gegenüber, da in diesen Beendigungstypen Einschübe rascher bearbeitet werden.

##### IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09)

880	<b>T:</b> JA!, (-) also dann sehen wir uns heute in,=	
881	<b>P:</b>	=°w↑as:? (.) scho wieder
		vorbei? (h)m=h° ((schnaubend))
882	(1,2)	
883	<b>T:</b> <heute in vierzehn Ta:gen, ja,>	1
884	(4,3)	
885	<b>P:</b> .h i kuck mer di:e Stund auf jeden fall nomal an (-) °also° (1,7) aber	
		jetz net °grad°;
886	<b>T:</b> °↑joa >is r↑echt;<°	2
887	(1,3)	
888	<b>T:</b> °>>is gut<<° .hh (1,1)	
	°°#↓frohes ↓n[oisäe:#°°]	
889	<b>P:</b>	[°bis° in ] vierzehn Ta:gen
		viel >Spaß< in **Kana[da** ((lächelnd))]
890	<b>T:</b>	[ °dan]keschön,°
	((Ende der Aufnahme 43:20 min))	3

Vor der Beendigungssequenz beschreibt der Patient, dass er sich öfter so erlebt, dass sich etwas in ihm sträubt und er dann verwirrt ist. Er zeichnet einen Zusammenhang zwischen der Schwierigkeit, Gefühle zu verbalisieren und dem Herausplatzen derselben, bspw. durch Heulen. Der Therapeut nimmt eine Fremddeutung vor, wonach der Patient dann traurig werde, was der Patient überlappend bejaht. Daraufhin verstärkt der Therapeut die vorige Formulierung des

traurigen Gefühls, lässt eine mittellange Pause von 1.6 Sekunden und grenzt das Thema als potentiell letztes durch die Einleitung der Beendigung in Sektion 1 ab. Die ausbleibende Redezugübernahme des Patienten, nach der Verstärkung der Trauerformulierung durch den Therapeuten und anschließender Pause, ist *hörbar*. Der nächste Redezug des Therapeuten (Z. 880) legt den vorigen als Suspension der Sprecherübergabe aus, statt die Pause im Sinne des psychoanalytischen Gesprächsformats zu interpretieren, also längere Pausen zwischen den Redezügen zu zuzulassen. Eine andere Bezugsgröße ist die Zuordnung der Pause, auf die der Redezug des Therapeuten (Z. 880) folgt, zu einem Sprecher, nämlich dem Patienten bzw. Hörer, der den Redezug nicht angenommen hat. Die Regel aus mundaner Konversation lautet, dass nach dem Beenden einer Redekonstruktionseinheit (Selting, 2000) der (Nicht-mehr-)Sprecher auch sich als nächsten Sprecher selbst wählen kann (Sacks et al., 1974). Die Grenzmarkierungen „JA!, (-) also“ können mit Blick auf das hörbare, unregelmäßige Verstreichen der Redezugübernahme durch den Patienten und die Selbstwahl des Therapeuten analysiert werden. Zunächst bildet das laut und leicht steigend intonierte „JA!“, in Bezug auf den vorigen Turn einen Rückfragepartikel, wobei eine Antwort vom Therapeuten nicht erwartet wird, was sich darin zeigt, dass er keinen Slot mittels Pause produziert, der lang genug für die Vorbereitung und Platzierung einer Äußerung wäre (Z. 880). Es handelt sich um einen rhetorischen Rückfragepartikel, der Bezug nimmt auf den vorigen Turn, aber keine Zustimmung erwartbar werden lässt. Damit verkürzt der Sprecher das aus mundaner Konversation erwartbare Prüfprozedere, ob noch etwas gesagt werden will, da für ihn die Zustimmung des Hörers nicht für die Einleitung der Beendigung notwendig ist. S. E. Clayman (1989) bezeichnet diesen Umstand der Verkürzung als „reduction“; die ist eine „sequential deletion of practice at junctures where, in ordinary conversation, they would be relevant and expectable“ (ebd.: 685). Nach dieser Verkürzung bzw. unilateralen Einleitung der Beendigungssequenz platziert der Sprecher mit „also“ einen Konklusivpartikel, der auch als Diskursmarker<sup>23</sup> (Helmer, 2011: 50) verstanden werden kann. Dieser Diskursmarker stellt zwischen dem vorigen und dem jetzigen Turn Kohäsion her: Mit ‚also‘ kann „auf geteiltes

---

<sup>23</sup> Diskursmarker sind auch als „change-of-state token“ (Heritage, 1998) und als „Erkenntnisprozessmarker“ (Imo, 2009) konzeptualisiert worden.

Wissen“ und auf die, „durch die Sprecherbeiträge zuvor hergestellte intersubjektivität“ (ebd.: 51) zurückgegriffen werden (vgl. I.2.1 Intersubjektivität als Problem).

Die therapeutische Interaktion als kommunikatives Genre setzt mit dem pragmatischen Ziel der „talking cure“ (Freud, 1970: 263) darauf, dass der Patient „cure“ bzw. Hilfe erfährt und muss am Ende einer Sitzung darstellen, dass das pragmatische Ziel der gemeinsamen Treffen als Therapie verfolgt wurde, also ob dem Patienten geholfen wurde. Aber weil „professionals lack the epistemic authority to claim that clients have been (sufficiently) helped, it is interactionally problematic for professionals to initiate closings“ (Stommel & te Molder, 2015: 284). Die Mittel der Herstellung von Autorität im therapeutischen Rahmen sind sprachlich-interaktive und nicht weißer Kittel und das Stetoskop des allgemeinen Arztes. Vielleicht ist dies gemeint, wenn Freud die therapeutische Profession als „unmöglichen Beruf“ bezeichnet hat (S. Freud, 1937). Die Verkürzung (s. "reduction" bei S. E. Clayman, 1989: 685) alltagsweltlich erwartbarer Handlungen, wie dem beidseitigen Versichern, dass nichts weiter gesagt werden will, hin zu unilateraler Beendigungseinleitung, stellt eine Herausforderung für den interaktionalen Prozess in der Therapie dar. Der Notwendigkeit, die Sitzung zu einem mehr oder weniger festen Zeitpunkt zu einem Ende zu bringen, und die fehlende epistemische Autorität dieses durchzusetzen (vgl. "professionals lack the epistemic authority" bei Stommel & te Molder, 2015: 284), ringt Therapeuten eine kommunikative Leistung ab, nämlich die unilaterale Einleitung der Beendigung mit der WETEP, wiederum als gemeinsame Leistung, zu verbinden, ohne dadurch die Zeitmarkierung zu weit zu überschreiten.

Dass dabei nicht alles glatt läuft und Therapeuten Fehler unterlaufen, wissen wir schon seit Greenson (1993: 384): „Technische Irrtümer und Verhaltensfehler kommen in jeder Analyse zu häufig vor, als daß man sie hier vollkommen übergehen könnte“. Die WETEP bleibt in dieser Beendigungssequenz aus, da der Therapeut mit ‚also‘ einen konklusiven Partikel einsetzt, aber eine erwartbare Ausführung zu der zuvor thematisierten Trauer hinsichtlich der therapeutischen Hilfeleistung auslöst. Der Sprecher fährt mit dem Partikel „dann“ fort und „signalisiert eine subjektive kognitive Arbeit“, die „nur für den Sprecher selbst ersichtlich ist“ (Helmer, 2011: 51)



und der Mitteilung an den Anderen bedarf. Weiter knüpft der Therapeut mit „sehen wir uns heute in,=“ die aktuelle Stunde an die kommende. Die ausgebliebene WETEP wird zum kommunikativen Bruch bzw. *rupture* (Safran & Muran, 2000), was der Patient durch die Unterbrechung „=°w↑as:? (.) scho wieder vorbei? (h)m=h° ((schnaubend))“ markiert. Eben diese Brüche und die anschließende Wiederherstellung von Geordnetheit in Interaktionen verweisen auf die zugrundliegende soziale Struktur. Wobei die Wiederherstellung auf unterschiedliche *parts* der Konversation verweist, die sich in *slots* einfügen. Interessanterweise sind *repairs* implizit und nicht explizit (wie ‚Du hast mich unterbrochen‘), denn letzteres zieht die Aufmerksamkeit von dem weiteren Redefluss auf die Handlung des Unaufmerksam-Seins und führte nicht unbedingt zu einer kohäsiven Interaktion (Goodwin, 2006). Nach einer Pause (1.2) wählt der Therapeut sich selbst und vollzieht einen Restart „<heute in vierzehn Ta:gen, ja,>“. Der Restart von „sehen wir uns heute in,=“ zu „<heute in vierzehn Ta:gen, ja,>“ zeigt nicht nur an, dass der Therapeut als unterbrochener Sprecher die Aufmerksamkeit des Anderen wiedergewonnen hat, sondern durch den Partikel „ja,“ wird auf die verbale Unterbrechung verwiesen. Der Therapeut dabei zunächst nicht auf den Inhalt, sondern auf die Form als Unterbrechung ein, bevor er zustimmt, dass die Sitzung vorbei ist. Diese Zustimmung ist minimal und lässt keine weiteren Ausführungen *des Sprechers* erwartbar werden.

Jedoch gibt der Therapeut dem Patienten in Sektion 2 die Möglichkeit, seinerseits einen Einschub zu platzieren, und markiert zugleich, dass die (Einleitung der) Beendigung die handlungsbestimmende Gesprächseinheit ist. Der Patient geht auf das Angebot ein, indem er einen Einschub anfügt („h i kuck mer di:e Stund auf jeden fall nomal an (-)), wobei er eine Absicht formuliert (sich mit der Stunde zu beschäftigen). Clark (2006) hebt hervor, dass es in gemeinschaftlichen Unternehmungen eines wechselseitigen *commitments* bedarf, das wiederum in Teilschritten gemeinsamer Handlungen koordiniert werden muss. Insofern kann der Einschub zur Absicht des Patienten (i) als Differenz zu der ausgebliebenen WETEP (da noch etwas anzusehen bzw. zu bearbeiten offengeblieben ist), (ii) als eine Aufgabe, die der Patient sich selbst zurechnet (da kein TRP folgt und in der Ich-Form gesprochen wird), und (iii) als eine Aufgabe mit Weitergabe eines

Überprüfungsrechts durch den Hörer verstanden werden. Dies relativiert die nicht erfolgte WETEP als eine, die nicht durch den Therapeuten selbst erfolgen muss, zugleich verweist der Einschub an sich auf die Notwendigkeit der gemeinsamen Prüfung des pragmatischen therapeutischen Ziels für die Schließung der Sitzung. Dass die Möglichkeit besteht, die Sitzung zu einem späteren Zeitpunkt anzuschauen, ist, vor dem Hintergrund der nicht gängigen Praxis der Aufzeichnung von Therapiestunden, eine Besonderheit dieser Therapie. Diese Besonderheit ermöglicht es den Teilnehmern, unter Rückgriff auf das geteilte Wissen um die Aufzeichnungen, die WETEP als ein gemeinsam herzustellendes zu qualifizieren. Durch die Aufgabe, die der Patient mitteilt, und deren Einhaltung vom Therapeut überprüft werden kann, verknüpft der Patient wiederum einen Teilschritt, die Sichtung der Aufzeichnung, mit dem therapeutischen Ziel. Nach einer kurzen Pause (-) führt der Patient seinen Einschub leise mit dem konklusiven Partikel „°also“ fort und nach einer Pause (1.7) verbindet er damit die Absicht mit einer künftigen, weil nicht unmittelbar angeschlossenen, Handlung durch „aber jetzt net °grad“;“. Die Überprüfung der Absicht durch den Therapeuten gewinnt dadurch an Relevanz, und somit der gemeinsame Charakter der WETEP. Dem *Verlagern* (auf einen künftigen Zeitpunkt und den gemeinschaftlichen Charakter der Überprüfung) stimmt der Therapeut mit leicht fallender Intonation zu (Z. 886), zeigt damit, dass er nichts weiter dazu zu sagen hat und wählt sich nach einer Pause selbst, um leise und sehr schnell die Zustimmung zu verstärken. Die hintereinandergeschaltete Folge von zustimmenden Halbsätzen, die dem Gesagten nichts mehr hinzufügen können retrospektiv auch als Vorbeendigung verstanden werden, die einen Dialog der Teilnehmer imitieren, da sie von einem der beiden potentiellen Sprecher produziert werden. Nach der *Dialog imitierenden Vorbeendigung* folgt die Einleitung der Schlussgrußsequenz durch den Therapeuten.

Nach einer Pause (1.1) beendet der Sprecher seinen Turn, indem er, in Sektion 3, einen abschließenden Wunsch für die geplante Absicht sehr leise und mit teils knarrender Stimme („°#↓frohes ↓n[oisäe:#°]“) formuliert. Beim letzten Wort (Dialekt für *reinsehen*) des Therapeuten fängt der Patient gleichzeitig zu sprechen an, um zunächst auf das nächste Treffen zu verweisen („[°bis° in] vierzehn Ta:gen“). Damit verweist der Patient auf das kommende Treffen und bezieht sich

auf die eingeleitete Schlussgrußsequenz, die in dieser Sitzung nicht mit Grüßen, sondern Wünschen geschlossen wird. Denn der Patient schließt seinerseits einen Wunsch für die künftige Aktivität des Therapeuten an („viel >Spaß< in \*\*Kana[da]\*\* ((lächelnd))“). Diese *Schlusswunschsequenz* grenzt der Sprecher durch die lächelnde Betonung von dem Verweis auf die kommende Stunde ab, statt über eine Pause. In der Fokussierung von >Spaß< (und nicht Trauer) und \*\*Kana[da]\*\* (und nicht in dem Land, in dem die Therapie stattfindet) kontrastiert der Sprecher die Zeit zwischen dem Ende dieses Treffens und dem kommenden „in] vierzehn Tagen“. Durch die Überlappung beim Sprechen, ein schnell gesprochenes Fokus-Wort („>Spaß<“) und die fehlende Pause (bzw. die lächelnde Betonung) entsteht der Eindruck von zeitlicher Drängung, was durch den Anschlussturn des Therapeuten bestätigt wird, der ebenfalls überlappend mit dem letzten Wort des Patienten schließt. Dabei wird die konditionelle Relevanz zwischen Wunsch und Danksagung deutlich, die der Therapeut leise bedient („[°dan]keschön,°“), der Patient zuvor jedoch nicht (Z. 888-889). Danksagung kann als formaler Marker, statt als Ausdruck ‚echter‘ Dankbarkeit analysiert werden (Übersicht der Literatur bei Aston, 1995: 59). Stommel and te Molder (2015: 284) sehen in Danksagung am Gesprächsende eine Typisierung des Gesprächs, die anzeigt, wer wem einen Rat oder Hilfe angeboten hat. Dieser Beendigungssequenz kann als heikler (*predelicate*) Versuch gesehen werden, den Status als eine *gemeinsam* hergestellte herzustellen, da (i) der Patient die Einleitung der Beendigung unterbrochen und auf die Notwendigkeit der WETEP aufmerksam gemacht hat, (ii) die Absicht des Patienten als *commitment* für eine gemeinsam herzustellende WETEP vertagt, und damit formal geprüft wurde und (iii) der Patient die Wunschformulierung des Therapeuten zwar unterbrochen (und den konditionell relevanten Dank unausgesprochen gelassen) hat, jedoch die bedingte Relevanz i.S. einer gemeinsam hergestellten *Schlusswunschsequenz* erkannt hat.

#### IV.1.2.B Gedehte Mittelstunde (14)

723 **P:** °ha descht jetz irgendwie:°

722 **T:** des is jetz STOFF für die Ferien

723 **P:** ja: des is vertrackt hh wie komm I da ↑raus?

724 (2.8)

725 **T:** indem ich Ihnen diese Fra:ge nich beantwor=tät

726 **P:** mhmh

727 (6.6)

728 **T:** so. der nächste Termini:n is dann thhh ((? is ja in dem ?)) Septemba:  
(.) hamer des, des hamer schon gesagt? oder, neunten September

729 **P:** neunten wars,

730 **T:** Montag neunten September

731 (8.7)

732 **T:** so die ZWEITE Hälfte dann

733 (4.2)

734 **T:** der ↑Behandlung

735 (2.7)

736 **P:** mhmh

737 **T:** na,

738 **P:** ((? °Mache Sies gut° ?)) Schöne URLaub

739 **T:** IHNEN auch (-) wiedaseh:n

((Ende der Aufnahme 42:46 min))

Die 14. Stunde hat eine besondere Stellung innerhalb des Gesamt der 28 Therapiesitzungen, da mit ihrem Ende die erste Hälfte der Behandlung abgeschlossen ist und die zweite ansteht. Diese zweite Hälfte bewegt das Ende der Behandlung mit, wenn es die Teilnehmer, insbesondere der Therapeut, thematisieren, wie es hier der Fall ist. Die Sitzung liegt passenderweise direkt vor der längsten Unterbrechung<sup>24</sup> zweier Stunden, die 47 Tage beträgt. Gleichzeitig ist die 14. Stunde eine der zeitlich kürzeren (42,67 Minuten<sup>25</sup>), wobei die zeitlichen

<sup>24</sup> Die durchschnittliche zeitliche Distanz zwischen zwei Stunden beträgt 9,1 Tage (s. Anhang A Übersicht Stundenstatistik).

<sup>25</sup> Die durchschnittliche Länge einer Stunde beträgt 45,5 Minuten (s. Anhang A Übersicht Stundenstatistik).

Abweichungen nicht signifikant sind. Zunächst aber zu dem Vorspann der Stunde: Der Patient spricht davon, dass er Schwierigkeiten hat, sich zu entscheiden und sich im Nachdenken verliert. Der Therapeut hebt die Auseinandersetzung hervor, der der Patient aus dem Weg gehe und bringt das Bild von einer Litfaßsäule ins Gespräch, an der einer links und der Andere rechts herum vorbeigeht. Der Patient meint, da würde man sich wieder treffen. Nach einer sehr langen Pause (10.6) vollzieht sich ein besonderer Moment, als der Therapeut den Satz des Patienten („°ha descht jetzt irgendwie:°“) beendet, indem er in Sektion 1 einen *Inter-Sprecher-Restart* platziert und damit die Beendigung initiiert: „des is jetzt STOFF für die Ferien“. Der Patient weist diese ‚Fortsetzung‘ bzw. Reinterpretation nicht ab, er stimmt zu, indem er gedehnt „ja:“ sagt. Zugleich ist die Situation für ihn „vertrackt“, er fragt sich, „wie komm I da ↑raus?“. Es ist nicht deutlich, worauf sich der Patient bezieht: das Entscheidungsdilemma, das Bild der Litfaßsäule oder die Beendigung der Stunde. Diese Entscheidungsvielfalt lädt zu vielfältigen Interpretationen ein, deren interaktionale Abwägung die Beendigungssequenz zu suspendieren könnte. Auf diese potentiell problematische Situation reagiert der Therapeut, indem er nach einer längeren Pause (2.8) ein Metakommentar formuliert und hält die Relevanz der Beendigung der Stunde im Sinne der Verkürzung (s. "reduction" bei S. E. Clayman, 1989: 685) aufrecht. Er reagiert mit einem verkürzten Anschluss (*ohne*: Sie kommen hier raus...) an die Frage des Patienten, „indem ich Ihnen diese Frage nicht beantwortet“, womit er ähnliches Format wie zuvor dem *Inter-Sprecher-Restart* anbietet. Diese Antworttechnik, die der patientenseitig vielfältigen Themenöffnung mit Verkürzung begegnet, bietet eine (psychoanalytische) Antwort auf die WETEP an: Die Frage wird nicht *jetzt* beantwortet, sondern ist „STOFF für die Ferien“ (Z. 722). Dahinter verbirgt sich das Dilemma des ‚open-topic closing‘, das sich nicht auflösen lässt, sondern das jede Stunde aufs Neue verhandelt werden muss. In diesem Ausschnitt liegt die WETEP nicht in der Beantwortung der Frage, sondern in deren Rückbindung auf den Patienten und die Zeit zwischen den Sitzungen, den Ferien. Die Meta-Kommentierung ist ein Widerspruch in sich, da zu sagen, dass man etwas nicht beantwortet, ist bereits eine Antwort. Mithilfe dieses sich selbst widersprechenden, paradoxe Meta-Kommentars kann der Therapeut sagen, dass er nichts sagt. Er verweist damit auf die WETEP als eine Aufgabe, die der Patient

mitbearbeiten muss. Diese theoriegeleitete Aufgabe als Teilaspekt des pragmatischen therapeutischen Ziels umgeht in ihrer paradoxen Metakommentierung die mundane Erwartung (Thompson et al., 2015: 4), dass auf eine „initiating action“, in diesem Fall „information-seeking“, die präferierte „response action“ eine Antwort (gegenüber *keiner* Antwort) darstellt. So wie ‚kein Kommentar‘ als Antwort auf manche Fragen geduldet wird, da sie dem Fragesteller bereits eine Information gibt, nämlich, dass seine Frage heikel ist. Dies könnte bei neugierigen Journalisten eine Suchbewegung, was wohl diese Frage heikel macht (falls sie dies nicht bereits wissen und dieses Heikle demonstriert wissen wollen), auslösen. Für die therapeutische Interaktion liegt die zu bewältigende Reaktion auf die paradoxe Metakommentierung zwischen (i) der Rückbindung der Frage (bzw. deren Antwort) auf den Patienten und (ii) der ‚neugierigen Suchbewegung‘. Einerseits ließe sich an das vorige Thema anknüpfen, dass der Patient einer Auseinandersetzung aus dem Weg geht („mhmh“). Andererseits ist das Format der Antwort des Therapeuten, ähnlich dem *Inter-Sprecher-Restart*, eines, das nicht für sich selbst steht, sondern gedanklich ergänzt werden muss: Die Frage des Patienten verbunden mit der Antwort des Therapeuten ergeben ein ‚Ganzes‘ (Sie kommen da raus, indem ich Ihnen diese Frage nicht beantworte). Es ist also das verkürzte Format der paradoxen Metakommunikation, das die WETEP dieser Stunde ausmacht. Die kognitive Leistung, diese Metakommunikation zu vervollständigen braucht Zeit, die der Patient zwischen Antwort des Therapeuten (Z. 725) und seiner Interjektion (Z. 726) nicht hat, da letztere zeitlich nur minimal nachgeschaltet ist. Ein weiterer Aspekt kommt zum Tragen, als daraufhin eine sehr lange Pause (6.6) dem Patienten die notwendige Denkzeit gibt, die Therapeut und Patient gemeinsam herstellen, indem sie *zusammen* schweigen bzw. keiner der Teilnehmer sich selbst für den nächsten Turn wählt. Hier entfaltet sich, was man einen geteilten Nachdenkraum nennen könnte.

Aus diesem geteilten Nachdenkraum führt der Therapeut in Sektion 2 mittels eines deontisch autoritativen „so.“ einen neuen Bereich ein - im Sinne von J. Bergmann (2000a), nach dem sich Macht in Sprache darüber gestaltet, wie Teilnehmer ihre Umwelt wahrnehmen und gestalten (s. II.2 Methode - Konversationsanalyse). Der Sprecher verweist auf das nächste Treffen (Z. 728) und

formuliert eine verzögerte, also deplatziert markierte, *initiating action* („hamer des, des hamer schon gesagt? oder,“), worauf eine Antwort präferiert wird, und schließt seine präferierte *Ausgestaltung* der Antwort mit an („neunter September“). Diese Ausgestaltung übernimmt der Patient („neunter wars,“), worauf der Therapeut das Ergebnis mit der Ergänzung des Wochentages zusammenfasst („Montag neunter September“). Die Uhrzeit ist für die Teilnehmer nicht erwähnenswert, weshalb vermutet werden kann, dass diese geteiltes Wissen ist. Wiederum nach einer sehr langen Pause (8.7) eröffnet der Therapeut in Sektion 3 mit „so“ und fügt „die ZWEITE Hälfte“ an, womit er auf die Therapie als Ganze verlinkt und zugleich durch den Fokus auf „ZWEITE“ die erste Hälfte als abgeschlossen markiert. Der Sprecher fügt den Partikel „dann“ an und alludiert damit auf etwas Mitzuteilendes, das nicht direkt auf die vorige Interaktion bezogen ist (s. IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09)). Dieses Mitzuteilende stellt er jedoch nicht sprachlich dar, sondern unterbricht sich selbst, worauf eine lange Pause folgt (4.2). Es ist nicht klar, ob der Therapeut eine Pause des Nachdenkens macht oder ob diese eine Einladung zum Sprechen bzw. Ergänzen des Patienten ist. Die Technik der Verkürzung (s. "reduction" bei S. E. Clayman, 1989: 685) als initiative Handlung wäre jedoch ungeeignet, um den Anderen zum Sprechen zu bewegen, da nicht eindeutig interpretierbar ist, dass der Andere sich ohne Weiteres wählen kann. Beispielsweise eine Frage wie zuvor (Z. 728) ist eindeutig als handlungsgenerierend verstehbar. Insofern ‚nutzen‘ beide die Pause, um wiederum gemeinsam zu schweigen, bevor der Therapeut einen verkürzten Halbsatz platziert („der ↑Behandlung“), der sich nicht grammatikalisch korrekt an den vorigen (Z. 732) anschließt. Daraufhin schweigen beide Teilnehmer lange (2.7), ehe der Patient in Sektion 4 die Vorbeendigungssequenz einleitet (Z. 736), die der Therapeut mit einem fordernden und leicht steigend intonierten „na,“ schließt. Der Aufforderung kommt der Patient nach und initiiert in Sektion 5 die Schlussgrußsequenz mit einem Wunsch „((? °Mache Sies gut° ?)) Schöne URLaub“, worauf der Therapeut verkürzt mit „IHNEN auch“ anschließt, um nach kurzer Pause (-) mit „wiedaseh:n“ die nicht symmetrische (wiedersehen – wiedersehen) Schlussgrußsequenz und die Interaktion beendet.

Drei Sprechpausen sind ungewöhnlich lang (mit 4.2; 6.6; 8.7), mit Stunde 8 (mit 21.5) gehören sie zu den längsten Sprechpausen innerhalb der

## Open-topic closing | IV. Datenanalyse

Beendigungssequenz dieser Therapie. Im letzten Drittel der Sitzung liegen zwischen zwei Turns des Patienten 37.3 Sekunden Pause, was für eine analytische Therapie nicht ungewöhnlich ist, was ich aber in dieser KZT in keiner anderen Stunde bemerkt habe. Auch wenn ich keine erschöpfende Analyse der Pausen dieser Therapie vorgenommen habe, liegt die Vermutung nahe, dass sich in dieser Gestaltung der Sprechpausen etwas Spezifisches für diese Stunde, die kommunikativ so nah am Ende der Therapie liegt, ausdrückt: Das gemeinsame Schweigen als Vorgriff des Endes der Therapie. Keine Therapie bedeutet, dass beide Teilnehmer sich nicht mehr regelmäßig sprechen werden und so kann das geteilte Nicht-Sprechen verstanden werden als vorsichtiger, weil noch geteilter Erfahrungsraum, den nach Ende der Therapie jeder ohne den Anderen aushalten können wird.

*IV.1.2.C Gedehte Endstunde (21)*

- 482 **P:** KLAR=  
 483 **T:** =das is IHRE Entscheidung, ob Sie:: (---) IHRE Nase,  
 in meine Angelegenheiten stecken  
 484 **P:** naja,  
 KLAR.  
 485 (1.5)  
 486 **T:** OKAY;  
 487 (4.5)  
 488 **T:** nächsten MONtag  
 489 (2.2)  
 490 **P:** isch da kan feiertag? ne: deschn FREITAG, ne?  
 491 (1.7)  
 492 **P:** NE:=  
 493 **T:** =HM?  
 494 (---)  
 495 **P:** nächsten MONtag, ja; (---)  
 ↑wiedersehn  
 496 **T:** wiedersehn

((Ende der Aufnahme 45:25 min))



In dieser Stunde des letzten Drittels der Behandlung verhandeln die Teilnehmer vor der Beendigung der Sitzung, was beide zu der Interaktion beitragen. Es geht um die Frage, wieviel der Patient ‚bohrt‘ bzw. wieviel der Therapeut aus Sicht des Patienten das Bohren unterstützt. Der Therapeut stellt das Interesse des Patienten an ihm als ‚Mann‘ heraus, spielt damit auf sexuelles Interesse an, und bindet die Frage auf den Patienten zurück, wonach dieser selbst entscheiden müsse. Hier wird auch verhandelt, was die WETEP umfassen kann: patientenseitig den Wunsch, einen (ärztlichen) Ratschlag zu erhalten und therapeutenseitig, selbst tätig zu werden bzw. sich seiner ‚Entscheidungen‘ gewahr zu sein. In Sektion 1 stimmt der Patient laut mit „KLAR=“ zu, woran der Therapeut unmittelbar anknüpft „=das is IHRE Entscheidung“. Es entsteht der Eindruck, dass beide wie aus ‚einem Mund‘ sprechen, was von daher beeindruckend ist, weil der direkte Redeanschluss (ohne Überlappung) anzeigt, dass (i) der zweite Sprecher das Ende des Turns des ersten Sprechers (zeitlich richtig) antizipiert (Experiment zum projizierten Turnende bei De Ruiter, Mitterer, & Enfield, 2006: 515) und (ii) der zweite Sprecher die Weiterführung durch den ersten Sprecher akzeptiert. Der Fokus des Therapeuten macht deutlich, dass es nicht die Entscheidung des Therapeuten ist, sondern „IHRE“, also die des Patienten. Über das unmittelbar anschließende Redeformat grenzt der Therapeut mithilfe von Foki auf den Adressaten, den Patienten, und was dieser zuvor gesagt hat, also das vorige Thema, ab, was sich im ersten Fokus, in der Dehnung („Sie::“) und der Wiederholung des ersten Fokus nach der knapp einsekündigen Pause („IHRE“) zeigt. Dieser prosodischen (Fokus) und formalen (unmittelbarer Redeanschluss), *kohärenten Grenzmarkierung* zum zuvor Gesagten folgt eine Abgrenzung zum Sprecher selbst „IHRE Nase, in meine Angelegenheiten stecken“, die als Schluss des Turns denselben als Ganzes die Funktion eines Fazits geben und damit die Beendigung indirekt ankündigen.

Über den Dialogpartikel „naja,“ verzögert der Patient in Sektion 2 seine folgende, laut und fallend intonierte Zustimmung „KLAR.“, womit er die Verhandlung über das therapeutische Ziel, die der Therapeut *kohärent* abgegrenzt hat, sowohl zum zuvor Gesagten, als auch zwischen den beiden Teilnehmern. Der Therapeut interpretiert die ambige Zustimmung des Patienten als Vorbeendigungseinleitung, indem er, ummantelt von zwei langen Pausen (Zn. 485

und 487), die Vorbeendigungssequenz laut und leicht fallend intoniert abschließt („OKAY;“). Dieser Interpretation widerspricht der Patient nicht, er lässt aber auch die Möglichkeit, sich überhaupt zu äußern, ungeregt verstreichen. Die wechselseitigen Bemühungen der Teilnehmer, in der Verhandlung ihrer Erwartungen Kohärenz herzustellen, kann als Höflichkeitsstrategie verstanden werden, die der Gesichtswahrung (vgl. Konzept des "face-work" bzw. "facework" bei Goffman, 1967b; Lerner, 1996; Oetzel et al., 2001; und einen Überblick bei Ting-Toomey, 1994) dient.

Die potentielle „trouble source“ (Schegloff, Jefferson, & Sacks, 1977: 380 ff), zuletzt die ambige Zustimmung des Patienten, reparierend bzw. einem Bruch der Interaktion entgegenarbeitend, schlägt der Therapeut in Sektion 3 wiederum ein kohärenzstiftendes und beendigungsimplikatives Thema vor, die Terminvereinbarung (Z. 488). Nach einer Pause (2.2) nimmt der Patient das Thema an, markiert zugleich, dass der Termin nicht sicher ist. Damit führt er die ambige Äußerungsstrategie (Annahme des neuen Themas und Infragestellen des gemeinsamen Wissens) mit einer Frage fort: „isch da kan feiertag?“. Ohne Pause gibt sich der Sprecher auf die Frage bzw. Infragestellung selbst die Antwort „ne:“, um wiederum dem „nächsten MONTag“ (Z. 488) des Therapeuten eine Nachfrage kontrastiv gegenüberzustellen: „deschn FREITAG, ne?“. Der Therapeut antwortet zunächst nicht, es folgt eine Pause (1.7).

Indem der Therapeut nicht antwortet, (i) verletzt er die mundane Erwartungshaltung, wonach auf eine Frage eine Antwort präferiert wird und (ii) zeigt damit auf eine Eigenheit des (psychoanalytischen) Gesprächsformats, wonach Fragen verbalisiert, aber nicht an den Gesprächsteilnehmer adressiert sein, also auch nicht beantwortet werden müssen. Diese selbstadressierte Frage, wie sie der Patient bereits im ersten Teil gestellt und beantwortet hat (Z. 490), ist Bestätigung für diese Interpretation, wie auch der nachfolgende Turn des Patienten, da er mit „NE:=“ sich selbst antwortet. Das selbstreferenzielle Sprechen als Ausdruck des *order at all points* (Sacks, 1984: 21)<sup>26</sup> kann auch als Anwendung der psychoanalytischen Grundregel verstanden werden. Bei der Einführung in die Grundregel greift S. Freud (1996) den Gedanken auf, dass mundane Konversation

---

<sup>26</sup> S. II.2 Methode - Konversationsanalyse

die *primordial scene* (Schegloff, 1996a) (s. I.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion) für Therapie ist und bezieht sich konkret auf die Erfahrung, alltägliche Äußerungen kohärent darzustellen:

*„Ihre Erzählung soll sich doch in einem Punkte von einer  
gewöhnlichen Konversation unterscheiden. Während Sie sonst mit  
Recht versuchen, in Ihrer Darstellung den **Faden des  
Zusammenhangs festzuhalten**, und alle störenden Einfälle und  
Nebengedanken abweisen, (...) sollen Sie hier anders vorgehen“  
(Hervorhebungen MMD aus S. Freud, 1996: 468).*

Die Grundregel des freien Assoziierens in der psychoanalytischen Therapie markiert eine Abweichung zu der Devise der kohärenten bzw. geordneten Darstellung in „gewöhnlicher Konversation“. Die Abweichung von erwarteten Konversationsregeln, wie „den Faden des Zusammenhangs festzuhalten“, darauf, dass das *Wie* von Äußerungen und die Sequenzialität institutioneller Interaktionen vorverteilt sind, weswegen auch bei therapeutischen Interaktionen von einer kommunikativen Asymmetrie, i.S. eines *epistemic twist* (Voutilainen & Peräkylä, 2014) zwischen den Teilnehmern gesprochen werden kann. Die Grundregel des freien Assoziierens (S. Freud, 1996: 468) wird also verstehbar über die Abweichung von der erwarteten Konversationsregel kohärenter Darstellung im mundanen Vollzug. Erstaunlich ist, dass in der Beendigungssequenz diese Grundregel aufgehoben wird, wie an dem Bemühen beider Teilnehmer, zuvor Kohärenz herzustellen, deutlich wurde. Dies zeigt, dass in der Umgebung der Beendigung, i.S.d. Verkürzung (s. "reduction" bei S. E. Clayman, 1989: 685), freies Assoziieren nicht mehr zum präferierten (Sprach-)Verhalten des Therapeuten zählt. Der Therapeut antwortet dem Patienten auf seine selbstreferentielle Antwort (Z. 492) im direkten Anschluss mit „=HM?“ und markiert durch (i) den direkten Anschluss der Interjektion und (ii) die prosodische Kontur, die steigend und laut ist, dass der vorige Turn auslegungsbedürftig ist und wählt den Patienten als nachfolgenden Sprecher aus. Nach einer Pause (---) wiederholt der Patient im Format des *Inter-Sprecher-Restarts* die Einleitung zur Zwischensequenz des Therapeuten (Z. 488) in fast gleicher prosodischer Ausgestaltung „nächsten MONtag,“, jedoch mit leicht

steigender Intonation gen Ende, und schließt dies mit einer Bestätigung „ja;“ ab. Nach einer mittellangen Pause (--) initiiert der Patient in Sektion 4 die Schlussgrußsequenz („↑wiedersehn“), die der Therapeut, gleichsam mit der Interaktion, beschließt (Z. 496).

## IV.1.2.D Übersicht gedehnte Beendigungen

Stunde	$\Sigma$ Turns	Grenzmarkierung nach		WETEP	Zwischensequenz
		Letztem Thema	Beendigungs-eröffnung		
5	19	prosodischer Kontrast (so)	So dann	(Bekanntmachen)	Verabredung
7	21	prosodischer Kontrast (so)	---	Metapher	Verabredung
9	12	Kohärente Abgrenzung (ja)	---	Verschobene WETEP	Linking
11	11	---	---	Fazit	reopen
12	10	prosodischer Kontrast (also)	also	Projekt (T+P), Metapher, Projekt (T+P)	reopen
14	13	Inter-Sprecher-Restart	so	Verkürzte & paradoxe Metakommunikation	Verabredung, Linking
15	17	So, also	Kohärente Abgrenzung (ja)	Fazit, Projekt (T+P), Projekt (T)	reopen
20	19	so	---	Fazit, Zusammenfassung	Verabredung
21	9	Sprechen wie aus einem Munde	okay	(Abgrenzung)	Verabredung

### IV.1.3 Kommentierte Beendigungen

Der dritte Typ der Beendigungen markiert im Vergleich zu alltäglichen (Schegloff & Sacks, 1973) und institutionellen (bspw. bei Raitaniemi, 2014) Telefongesprächen einen Sonderfall, da ‚Kommentare‘ nach dem Austausch der Paarsequenzen bzw. dem Auflegen nicht mehr in demselben Telefonat möglich sind. Eine Besonderheit nehmen die kommentierten Beendigungen auch innerhalb dieser Therapie ein, da nach der 13. Und vor der letzten Stunde kein solcher Typus auftaucht. Dennoch habe ich drei Zeitausschnitte gewählt, einen frühen (Stunde 3), mittleren (Stunde 13) und späten (Stunde 29), um die Veränderung von den ersten beiden zur letzten Stunde aufzuzeigen.

#### IV.1.3.A Kommentierte Anfangsstunde (03)

1239	<b>T:</b>	m .hhhh	↑ja:	(1)	°°hm. müssn=w=Schluss=machn.°°
1240		(3.4)			
1241	<b>T:</b>	°Bis zum nächsten Mal?°=			
1242	<b>P:</b>		=mhm.		
1243		(2.9)			
1244	<b>P:</b>	Wiedersehn. ((?°ha pfon;°°))			
1245	<b>T:</b>	Wiedersehn,			
1246	<b>P:</b>	>vieln Dank,<			
1247		(5) ((Geräusch wie von Öffnen der Tür))			
1248	<b>P:</b>	Hen=Sie's=Gefühl, das::: irgendwi::e (--) dass ma (--) wir w↑eiterkomm? oder. (-) I hab immer des Gefühl, (-) des=s=s dreht sich alles.			
1249	<b>T:</b>	mhm. vielleicht sprechen wirs n↑ächstes M↑al drüber, (-) über Ihre Erfahrung			

((Ende der Aufnahme 46:40 min))

In dieser frühen Therapiesitzung spricht der Patient kurz vor der Beendigung über viele ähnliche Themen, wie vom Essen, vom Zuviel-Essen als Kind, vom Gehänselt-

Werden durch die älteren Geschwister ob des vielen Essens, vom Abnehmen und von der Freundin, die abnehmen will. Der Therapeut hebt Spannungen beim Essen, aber auch Harmonie hervor und fragt den Patienten nach dessen Gefühlen. Dazu sagt der Patient, dass er Ärger empfindet, es ihm insgesamt aber gut gehe. Die Beendigungseinleitung des Therapeuten erfolgt in Sektion 1 durch eine *direkte Ankündigung* (Button, 1987) „müssn=w=Schluss=machn.“, die als deplatziert markiert wird, da der Sprecher Interjektionen als *mitigator* (bspw. "well" als "face-threat mitigator" bei Jucker, 1993) einsetzt, um die Einordnung des Gesagten an dieser sequentiellen Position zu relativieren. Dazu setzt der Sprecher zunächst eine Interjektion, atmet hörbar sehr lange ein, platziert ein steigend intoniertes und gedehntes „↑ja:“. Diese Ratifizierung ist durch ihre Position nach dem letzten Thema (zwischen Gefühl des Ärgers und Qualität des ‚gut Gehens‘), zwischen *mitigators* („m .hhhh“ und “(1) °hm.°°“) und vor der direkten Ankündigung („°müssn=w=Schluss=machn.°°“) einerseits kohärenzstiftend und andererseits abgrenzend verstehbar (s. IV.1.1.B Kompakte Mittelstunde (16)). Die direkte Ankündigung wird sehr leise gesprochen, was der Deplatzierung, vermittelt durch die milde Form der Darstellung, Nachdruck verleiht. Nach einer sehr langen Pause (3.4) verknüpft der Therapeut die aktuelle mit der kommenden Stunde, indem er leise und steigend intoniert eine indirekte Ankündigung der bevorstehenden Beendigung platziert „°Bis zum nächsten Mal?°=“. Diese *initiation action* (Thompson et al., 2015: 4) macht eine Antwort erwartbar, die der Patient mit „°mhm.“ unmittelbar anschließt. Damit versichern sich beide, dass (i) „unmentioned mentionables“ (Schegloff & Sacks, 1973: 303) keinen Eingang mehr in die aktuelle Stunde finden, (ii) die Beendigung unmittelbar bevorsteht und (iii) es ein nächstes Treffen geben wird. Nach einer sehr langen Pause (2.9) leitet der Patient in Sektion 2 die Schlussgrußsequenz, mit Betonung auf der ersten Silbe, also dem Fortsetzungscharakter der Treffen, ein („Wiedersehn.“<sup>27</sup>), die der Therapeut beschließt (Z. 1245).

Aus der Tonbandaufnahme ist nicht eindeutig zu erkennen, wie es weitergeht, allerdings lassen die Geräusche in Sektion 3 und die Abschiedsszene

---

<sup>27</sup> Wobei der Patient etwas sagt, das leider unverständlich ist und deswegen nicht in die Analyse miteinfließt.

vermuten, dass beide sich erheben und Richtung Ausgangstür bewegen. Dabei bedankt sich der Patient (Z. 1246) für etwas, das wir nicht ‚hören‘ können. Es scheint jedoch nicht auf das Gespräch bezogen zu sein, da kein Wunsch oder Ähnliches vorangegangen ist. In der anschließenden sehr langen Pause (5) sind Geräusche wie von der Feder einer Klinke und dem Öffnen der Tür zu hören. Im Herausgehen, in einiger Entfernung zum Aufnahmegerät, eröffnet der Patient technisch gesehen ein neues Gespräch, das ich als Kommentierung des vorangegangenen verstehe. In medizinischen Beratungsgesprächen ist die Eröffnung neuer Themen *vor* Austausch der Schlussgrußsequenz bekannt unter dem „by-the-way syndrome“ (vgl. „>doorknob< concerns“ bei Robinson, 2001: 640; s. Übersicht bei West, 2006: 380), wobei emotionale oder lebenswichtige Themen zu einem Zeitpunkt angesprochen werden, der pragmatisch keine weitere Ausarbeitung durch den Arzt ermöglicht und zugleich die reine Abweisung dem Hippokratischen Eid entgegenläuft. In diesem Fall jedoch wird *nach* Austausch der Paarsequenzen und damit sprichwörtlich im Hinausgehen eine Interaktion eröffnet, die die Teilnehmer (gedanklich) wieder in den Behandlungsraum zurückführen kann, weswegen auch von einem *Drehtüreffekt*<sup>28</sup> gesprochen werden kann. Der Patient eröffnet die Kommentierung mit einer scheinbar unverfänglichen Frage, im Dialekt, stark ineinanderübergehenden wie fließenden und gedehnten Worten, sowie dehnenden Pausen: „Hen=Sie’s=Gefühl, das::: irgendwi::e (--) dass ma (--) wir w↑eiterkomm?“. Der Sprecher adressiert den Hörer und sein „Gefühl“, das im vorausgegangenen Gespräch Thema war, als es um die Harmonie bzw. den Ärger beim Essen ging. Damit knüpft er an dasjenige Thema an, das vor der direkten Ankündigung des Therapeuten und der Beendigungseinleitung als letztes vom Patienten selbst besprochen wurde, bevor durch den Therapeuten die Beendigung eingeleitet wurde. Mit der Position dieser Äußerung *nach* Austausch der Paarsequenzen markiert der Sprecher, dass eine Frage/ Thema, das er als behandlungsrelevant einstuft, nicht geklärt bzw. ausreichend geprüft wurde. Dem „w↑eiterkomm?“ setzt der Sprecher mit „oder. (-)“ die Einleitung einer Alternative

---

<sup>28</sup> Da (i) dieser Begriff jedoch vielfach (eher negativ i.S.v. zurückfallen, wie beim Lobbyismus, Alkoholismus, Zeitarbeit usw.) vorbesetzt ist, und (ii) Kommentierung den Bezug eines Gespräches herstellt, das zwar auf das vorige bezogen ist, aber technisch eine neue Einheit darstellt, werde ich im Weiteren von Kommentierung sprechen.



gegenüber, unterbricht sich jedoch und führt diese nicht aus. Die eigene Beteiligung, was der Sprecher selbst *von der Interaktion* erwartet, bleibt ungesagt. Indem er das vorige Thema auf sich rückbezieht („I hab immer des Gefühl, (-)“), stellt er dar, dass er nicht *allein* ‚weiterkommt‘ und einen Anderen der Hilfe ersucht. Dies beleuchtet die Frage nach der Beteiligung des Sprechers an der therapeutischen Interaktion: Die Rückbindung auf sich selbst - nach der Frage zum ‚Weiterkommen‘ an den Hörer - ist Ausdruck der Erwartung, dass die Einschätzung des Anderen, statt seiner eigenen, zum „ma“ bzw. „wir“ (Z. 1248) für das Weiterkommen maßgeblich ist. Er selbst bespricht nicht seine Beteiligung dabei, macht diese jedoch im Folgenden deutlich, wenn er anschließt „des=s=s dreht sich alles.“. Durch Äußern dieser Klage (vgl. "complaint remedy" bei Davidson, 1978), als metaphorisches Schwindelgefühl, gleich einem zu behandelnden Symptom, versucht der Sprecher, sich als hilfsbedürftig und den Hörer als hilfegebend zu positionieren (vgl. Positionierung bei Buchholz & Reich, 2015; Deppermann & Lucius-Hoene, 2008), da er diesen anspricht. Die WETEP ist in diesem Fall, aus Sicht des Patienten, nicht ausreichend durchgeführt worden, was sich (i) am Aufgreifen eines *bereits besprochenen* Themas (statt eines neuen), (ii) an der Position der Klage *nach* der Beendigung (statt *währenddessen*) und (iii) an der *Implikation* kommunikativ asymmetrischer Rollen (statt dem Aufzeigen eigener Beteiligungsansprüche) zeigt.

Der Therapeut antwortet unter Einsatz von *mitigators* („mhm. vielleicht“) und fügt ein Linking zur nächsten Begegnung („nächstes Mal“), sowie einen Hinweis auf die WETEP an („sprechen wirs“). Der Sprecher verweist mit dem gemeinsamen Sprechen auf das pragmatische Ziel der Therapie („talking cure“ bei Freud, 1970: 263) und adressiert den Hörer als aktiv Beteiligten („über Ihre Erfahrung“), statt als passiven Zuhörer. Dadurch, dass der Therapeut die Äußerung des Patienten als eine ausweist, die beim nächsten Treffen thematisiert werden kann, markiert er sie als eine, die für ihn nicht an diese Position passt.

*IV.1.3.B Kommentierte Mittelstunde (13)*

1207 T: mhmh (---) #kömmers# m↑a:l (.) s↑a:gen; (.) SI:E (-) denken mal  
dadraüber n↑ACH, was daran für Sie jetzt alles wichtig is?

1208 (1.8)

1209 T: >joa,< (--) so um des ma:l für sich r↑auszukriegen?

1210 P: jA, [des isch

1211 T: [°↑mh↑mh°

1212 P: scho des GEMEInsamkeitsgefühl wie mim: (.)  
Go:lf gä;

1213 T: °mhmh°

1214 (3.8)

1215 T: °nojoa: es gibt ja noch=h (-) sicher weitere,° (.) °The:men° °da  
drin;°°

1216 (2.1)

1217 T: °°mhmh;°°

1218 (2.5)

1219 T: ja?

1220 P: °joa;°

1221 T: ↓#wiedersehn#.

1222 P: wiederse:hn; hhh

1223 (2.4)

1224 P: jetzt weiß=i halt au=immer no net:=ah wohin in Ita.;

1225 T: j↑a, (-) sehn mer dann mal;

((Ende der Aufnahme 46:14 min))

In der Kommentierung dieser mittleren Stunde wird das Thema, das die Teilnehmer vor der Einleitung der Beendigung besprechen, erneut vom Patienten aufgegriffen. Dieses im doppelten Sinn letzte Thema wird vom Therapeuten durch die Frage nach den Urlaubsplänen des Patienten eingeführt. Der Patient berichtet von dem Ablauf der geplanten Reise und schließt, im mundanen Gesprächsmodus unter Rückgriff auf die Reziprozitätsregel, die Gegenfrage nach dem Reiseziel des Therapeuten an. Dieser platziert eine Selbstöffnung (Forschungsüberblick zu "self-disclosure" bei Chubak, 2012: 25) und verweist auf die Gemeinsamkeit der Reiserichtung, des

Südens, und sagt, dass er nach Italien fahren wird. Nach einer Abwägung des Reiseziels fragt der Patient, wo genau der Therapeut in Italien hinfahre. Letzterer antwortet mit einer Gegenfrage („WARum wollnse des wISSen“), die er konjunktiviert („könnt Ich jetzt frAGen“) und somit *relativiert*, da er die Frage unmittelbar formuliert hat, bevor er dieselbe in einem Möglichkeitsraum hebt. Damit verweist er auf die therapeutische Situation, die die mundane Reziprozitätsregel nicht gänzlich suspendiert, aber, bezogen auf die Selbstöffnung, vom Therapeuten initiiert werden muss. Die Rückfrage nach dem Reiseziel des Therapeuten wird beantwortet, aber die Frage nach dem genauen Ort im Zielland nicht – wonach der Therapeut wiederum nicht gefragt hatte. Jedoch ist die reziproke Antwort des Therapeuten auf eine von ihm gestellte Frage eine Ausnahme, die als Selbstöffnung verstanden werden kann, da für den Patienten als Hilfesuchenden und den Therapeuten als Hilfegebenden andere kommunikative Rollenerwartungen und damit Gesprächsrechte zur Verfügung stehen (Atkinson, 1982; Firth, 1972). Dabei gibt es ein Informationsungleichgewicht, da der Helfende Informationen über den Hilfesuchenden bzw. dessen spezifische(s) Anliegen braucht, um Hilfe geben zu können. Auf der anderen Seite braucht der Hilfesuchende eher keine spezifischen Informationen über den Helfenden, warum dieser genau seinen Fall bearbeitet, sondern warum der Helfende qualifiziert ist, ihm zu helfen. Wenn der Therapeut beispielsweise nach dem letzten Gespräch zwischen Patient und Freundin fragte, wäre die reziproke Rückfrage, worüber der Therapeut mit dessen Frau redet, eine Information, die nicht in den Bereich der Qualifikation fiel. Eine Besonderheit der psychoanalytischen Gesprächssituation ist, dass diese informationsspezifischen Nachfragen auf den ‚Fall‘ bzw. den Hilfesuchenden und Fragensteller selbst bezogen werden. Dass der Rückbezug, wie zuvor in der Gegenfrage, relativiert wird, zeigt an, dass die Verweigerung einer Auskunft des Therapeuten und die Verknüpfung mit einer Öffnungsfrage (bezogen auf den Patienten) eine potentiell schwierige Situation ist, die eine Relativierung notwendig macht. Und dies stärkt die Vermutung, dass die therapeutische Selbstöffnung der WETEP untergeordnet werden muss und nicht als Ausdruck mundaner Affiliationsleistung verstanden werden kann. Die Relativierung des Therapeuten nach dem patienteninitiierten Versuch, einer fremdinitiierten

Selbstöffnung des Therapeuten, ist als Reparatur der Einführung der - von mundanen Affiliationserfahrungen abweichenden - Regel, wonach der Therapeut eine Selbstöffnung initiiert, verstehbar.

Die Beendigungssequenz in Sektion 1 leitet der Therapeut mittels einer sequenzunspezifischen Reaktion („mhmh“) ein, die von einer Pause gefolgt ist, in der der Patient die Möglichkeit zu sprechen ungeregelt verstreichen lässt. Wie bereits deutlich wurde, ist der wechselseitige Austausch von Vorbeendigungen nicht nötig, um das letzte Thema zu beschließen. Die Beendigung leitet der Therapeut ein, indem er (i) in verzögerter Wir-Form die Zustimmung des Patienten zur Schließung des letzten Themas als vorausgesetzt mitbewegt („#kömmer# m↑a:l (.) s↑a:gen;“) und (ii) ein Projekt für den Patienten als indirekte Ankündigung der Beendigung formuliert („SI:E (-) denken mal dadrüber n↑ACH, was daran für Sie jetzt alles wichtig is?“). Wiederum lässt der Patient die Pause, diesmal als Möglichkeit zu *antworten*, ungeregelt verstreichen. Die Präferenz auf eine steigend intonierte Frage ist eine Antwort (Thompson et al., 2015), wobei die vorigen Beendigungssequenzen gezeigt haben (s. IV.1.2.C Gedehte Endstunde (21)), dass in einer solchen beendigungsimplikativen Umgebung die psychoanalytischen Diskursregeln der Aufhebung der kohärenten Darstellung (freie Assoziation) und der Aufhebung der alltäglichen Reziprozitätsregel (s. letztes Thema vor Beendigungseinleitung) wieder rückgängig gemacht werden müssen, um die Beendigung gemeinsam durchzuführen. Wo im mundanen Vollzug die Beendigung durch wechselseitigen Austausch von Vorbeendigungen eingeleitet wird, leitet der Therapeut diese fast immer (außer in zwei kompakten Beendigungen: Stunden 22 und 26) unilateral ein. Die Beendigung der Beendigung bzw. Schließung der therapeutischen Interaktion ist auf die Reetablierung von alltäglichen Diskursregeln (kohärente Darstellung und Reziprozitätsregel) angewiesen, um gemeinschaftlich durchgeführt zu werden. Diese gemeinschaftliche Durchführung wiederum ist nötig, da die WETEP ohne epistemische Autorität durch den Patienten bestätigt werden muss (vgl. "professionals lack the epistemic authority" bei Stommel & te Molder, 2015: 284) und wiederum Ausdruck für eine erfolgreiche therapeutische Interaktion i.S.d. pragmatischen Ziels („talking cure“ bei Freud, 1970: 263) ist. Aus diesem Grund erhöht der Therapeut die Relevanz einer Antwort auf die

Projektformulierung als WETEP (s. IV.1.2.B Gedehte Mittelstunde (14)), indem er zunächst eine, dieses Mal schnell gesprochene, mögliche Vorbeendigung fragend intoniert („>joa,<“), eine Pause und eine Grenzmarkierung („(--) so“) anfügt. Dies ist als *Dreischritt der therapeutischen Themenbeendigung* (3TT) verstehbar: (1) mögliche Vorbeendigung, (2) Pause zur möglichen, aber nicht notwendigen, weil im Ausbleiben nicht sanktionierten, Reaktion (anders als im mundanen Vollzug) und (3) Grenzmarkierung setzen. In der Form der Verkürzung (s. "reduction" bei S. E. Clayman, 1989: 685) erweitert der Therapeut seine Frage (1207) mit „um des ma:l für sich r↑auszukriegen?“ und schließt die Relevanzhochstufung einer erwarteten Zustimmung zum Projektvorschlag (1207) und damit zur Einleitung der Beendigung ab. Hierauf reagiert der Patient mit einer Zustimmung („jA,“) und setzt zu einer Ausführung an („[des isch“), die der Therapeut mit leise gesprochenem und hoch intoniertem „[°↑mh↑mh°“ zu einer ‚Quasi-Vorbeendigung‘ macht (zwei aufeinander folgende Zustimmungsturns der Teilnehmer). Diesen Vorbeendigungsversuch des Therapeuten nimmt der Patient nicht als solchen an, sondern interpretiert diesen (in den therapeutischen Interaktionsregeln) als *continuer* (vgl. verschiedene Formen von "HM" bei Ehlich, 1979). So eröffnet der Patient das vorige Thema, indem er auf die bereits angesprochenen Gemeinsamkeiten rekurriert („scho des GEMEInsamkeitsgefühl wie mim: (.) Go:lf“) und diese um ein Beispiel ergänzt, das in der Therapie besprochen worden war, und schließt mit einem Partikel, der Zustimmung fordert („gä;“). Damit macht der Patient deutlich, dass er die Projektformulierung als geklärt ansieht, da er bereits weiß, was ihm daran wichtig (vgl. Projektformulierung Z. 1207) ist bzw. dass er nichts mehr rauskriegen muss (vgl. Ergänzung der Projektformulierung Z. 1209). Damit markiert er, dass die WETEP, aus seiner Sicht, nicht von der Beantwortung dieser Frage abhängt und zur Prüfung weiterhin aussteht, um die Sitzung zu beenden.

In Sektion 2 produziert der Therapeut einen weiteren *Dreischritt der therapeutischen Themenbeendigung* (3TT) dieser Beendigungssequenz: (1) mögliche Vorbeendigung: „°mhmh°“, (2) Pause: „(3.8)“ und (3) Grenzmarkierung: „°nojoa:°“. Danach verweist er mit „es gibt ja noch=h (-) sicher weitere,° (.) °The:men° °da drin;°“ auf das open-topic Dilemma (s. IV.1.2.B Gedehte Mittelstunde (14)).

Wiederum liegt die WETEP nicht in der *jetzigen* Beantwortung der Frage durch den Patienten, sondern in der Zeit zwischen den Sitzungen bzw. beim nächsten Treffen. Das Linking jedoch fehlt, wodurch offen bleibt, wann „weitere,° (.) °The:men°“ im therapeutischen Raum besprechbar werden. Die Einschätzungen der Teilnehmer zur therapeutischen Leistung wird als eine deutlich, die beidseitig ratifiziert werden muss: Der Therapeut versucht, die Zustimmung zu der therapeutischen Leistung zu erhalten, indem er (1) einen Projektvorschlag unterbreitet (Z. 1207), den der Patient nicht ratifiziert, (2) eine erste Ergänzung vornimmt (Z. 1209), wobei der Patient anzeigt, dass diese Vorschläge für ihn nicht ausreichen (Zn. 1210-1212), worauf (3) der Therapeut eine zweite Ergänzung (Z. 1215) vorschlägt, jedoch kein Linking vornimmt. Es folgen eine Pause (2.1), eine mögliche, sehr leise gesprochene Vorbeendigung „°mhmh;°“ und wiederum eine Pause (2.5), ohne dass der Patient die Möglichkeit zum Sprechen nutzt. In Sektion 3 tauschen beide Teilnehmer Vorbeendigungen aus und leiten damit zur Schlussgrußsequenz über, die der Therapeut in Sektion 4 einleitet und der Patient beschließt.

Bevor wir zur Kommentierung kommen, können wir festhalten, dass es drei Versuche der Projektformulierung durch den Therapeuten gab, dabei der Patient deutlich machte, dass er die WETEP nicht mit diesen Vorschlägen besiegelt sieht, es kein Linking zur nächsten Stunde gibt und insgesamt vier Versuche des Therapeuten unternommen werden, das vorige Thema beidseitig zu beschließen: (1) mit mögliche Vorbeendigung, Pause und Deplatziertheitsmarker (Z. 1207), (2) mögliche Vorbeendigung, Pause und Grenzmarkierung (Zn. 1208-1209), sowie (3) Vorbeendigung, Pause und Grenzmarkierung (Zn. 1213-1215), bis zur Relevanzhöhung einer Vorbeendigungsbeendigung durch den Patienten: (4) mögliche Vorbeendigung, Pause, prosodischer Kontrast (Zn. 1217-1219). Der Versuch, die Stunde über die gemeinsame Einigung der WETEP zu gestalten, schlägt fehl, da beide Teilnehmer unterschiedliche Positionen zu den Projektvorschlägen einnehmen, denn der Therapeut sieht diese als erweiterungsfähig und der Patient als abgeschlossen an. Worin sich beide kommunikativ nach dem vierten Themenschließungsversuch einig sind, ist, dass zu dieser Uneinigkeit nichts weiter zu sagen ist. Die gemeinsame Prüfung der therapeutischen Leistung wurde somit vorgenommen, was jedoch nicht ausreicht, um die Beendigung ‚rund‘ zu machen.

Die Kommentierung in Sektion 5 beginnt der Patient nach einer langen Pause (2.4), indem er einen Kontrast vornimmt, den er vorbereitet und dehnt: „jetzt weiß=i halt au=immer no net:=ah“. Damit zeigt er an, dass die sequentielle Position vom Hörer unbeachtet bleiben kann. Da er auf ein bereits besprochenes Thema hinführt „wohin in Ita:;“, ist die Position nach Austausch der Paarsequenzen, als Möglichkeit ein *neues* Thema einzuführen, verfehlt. Dennoch hört der Therapeut die Äußerung nicht als Selbstkommentar des Patienten, sondern als Versuch, ein neues Thema zu eröffnen, und beendet diesen im 3TT von (1) prosodischem Kontrast, (2) Pause und (3) Projektformulierung („sehn mer dann mal;“). Den erneute Versuch, gilt dem letzten Thema der Selbstöffnung, das hier angesprochen wird, da „Ita:;“ für Italien steht. Ob die Frage auf den Patienten oder den Therapeuten bezogen ist, wissen wir nicht, da der Patient dies nicht ausführt. Der Verweis des Patienten auf die Selbstöffnung des Therapeuten zeigt jedoch, dass diese ihn beschäftigt. Da der Patient zuvor mit dem „GEMEinsamkeitsgefühl“ (Z. 1212) auf die affiliative Komponente der Selbstöffnung bereits Bezug genommen hatte, kann der zweite Versuch, dies in der Kommentierung einzubringen, als (i) Versuch gewertet werden, diese Affiliation zum Therapeuten selbst zu initiieren und (ii) damit die Initiierungsregel (Therapeut macht Selbstöffnungsangebot) zu umgehen. Dass diese Regel mit Problemen verbunden ist, wenn sie als letztes Thema eingeführt wird, zeigt sich daran, dass die WETEP nicht abgeschlossen wird. Der Patient zeigt sich in der Beendigungsdurchführung demonstrativ nicht kooperativ, was der Therapeut durch das mehrfache Angebot der beidseitigen Themenschließung ‚erzwingen möchte‘ (s. vier Schließungsversuche). Diese mundane Aushandlungslösung führt zu einem weiteren Problem, der andere Teilnehmer kann Themen auch wiedereröffnen, was in der Beendigung der therapeutischen Interaktion nicht ohne weiteres möglich ist. Diese mundane beidseitige Themenschließung ermöglicht dem Patienten auch die erneute Öffnung des letzten Themas, wobei der Therapeut dieser Öffnung nichts hinzufügt und über den Austausch konditionell relevanter Vorbeendigung und Schlussgrüße (Minimalschema in Zn. 1219-1222) begegnet. Aus anderen Beendigungssequenzen können wir vermuten, dass (i) ein früheres Einführen der Regel zum Umgang mit Selbstöffnung *vor der Beendigungseinführung* und (ii) Kohärenzbildung *in der*

*Beendigungsdurchführung* mittels Verweis auf nächstes Treffen (Linking) andere Möglichkeiten darstellen, die Beendigung zu eröffnen und durchzuführen, sodass die WETEP gemeinsam vollzogen wird. Besonders heikel wird das letzte Thema der Urlaubsplanung dadurch, dass nach der kommenden Stunde (s. IV.1.2.B Gedehte Mittelstunde (14)) die längste Unterbrechung zwischen zwei Stunden der Therapie folgt, die sich bereits in diese Stunde einschreibt. Insofern ist der Umgang des Therapeuten auf die die Rückfrage zu Selbstöffnung und die Gemeinsamkeiten zum Patienten eine *trouble source* für die Interaktion. Dieser potentielle Konflikt verweist wiederum auf die *commitments* der Teilnehmer zum Gesamtprojekt bzw. des pragmatischen therapeutischen Ziels. Diese *commitments* bzw. deren Bewertung werden durch eine lange Unterbrechung, die das Ende der Behandlung vorgreift, herausgefordert, was die Hartnäckigkeit des Patienten verstehbar macht. Die 13. Stunde ist, über den Verlauf der gesamten Therapie gesehen, als Kommentierung eine besondere, da sie die einzige dieses Typs in der mittleren Phase der Therapie ist (s. IV.1.3.D Übersicht kommentierte Beendigungen).



## IV.1.3.C Kommentierte Endstunde (29)

366 T: .hhh jA! (---) also Ich würde gerne so;; fh::: >>zum<< SchlUss  
sagen; also ich habs: gE!rn mit Ihnen, (--) ((Klatschen)) geArbeitet, (-)  
((Klatschen)) wA!r für mich (.) .h >>also<< dA!s:: (-) nich im Sinne  
Ihrer jetzigen FrA!ge. die FrA!ge die is::: di:e Si:e so. >>sondern<<  
einfach so; (-).hh ((Klatschen)) (-) a:lso ich fand (.) die EntschEI!dung  
war rI!chtig, dass wir beide das::: gemacht ham,

367 P: °Mh°

368 (--)

369 T: Un:d hO!ffe dass ich Si::e in ner (.) wenn Sie (.) .hh viellEI!cht (.)  
noch ma sE!h jetzt is DezEmber (.) Irgendwann zwischen; (1) MAI!  
und JU!li oder sO!, (.) >oder< wenn Sie die GestA!lttherapie  
[A!bgeschlossen ham; also. (.) .hhh

370 P: [°Mh°

371 T: Aber U!nter einem Jahr! würd ich sagen; ich würd Sie gerne  
wieder ma:l >einfach< sE!hen, hören wies Ihnen gE!ht, (--) so  
zwischen nem hA!lben und nem JA!hr

372 (1.6)

373 T: sO! >einfach< weil wI!r so VO!rstellungen haben; wenn die  
Therapie so lang dAU!ert, dann sO!llte man (.) .hh n NA!chgespräch;  
nich zu frÜh >aber< auch [nich zu spät führen.

374 P: [°Mh°

375 P: Solln mer dann e  
richtiger TermIn ausmache; >oder< s:

376 T: Mh; dO! (-) rufen Sie dann A!n; wenn Sie dann: wissen was Sie  
dann (.) für, (---) U!mstände haben. >also< (.) ich mein ich würd  
vO!rschlagen irgendwann MAI! Juni JU!li [.hh

377 P: [Mhmf,

378 (1.0)

379 T: DA!nn >aber< werden Sie wieder andere ZEIt (1.9) >>mh<< an  
StU!ndenplan haben und so: das tun mer dA!nn (--) .hh AU!shandeln.

380 (1.2)

381 P: >Alles klar<  
 382 T: ↑Gut  
 383 (1.4)

384 P: WIE!dersehn vielen DA!nk,=  
 385 T: =WIE!dersehn Herr \*\*Vettner\*\*, 4

386 (--)  
 386 P: Ich wünsch Ihne au nOch (--) [schöne ZEIt  
 387 T: [Ja (--) DA!nkeschön, Grüße an die  
 \*\*JU!Lia\*\* dann.  
 388 (---)  
 390 P: MA!ch ich gern.  
 391 (11.8)  
 392 T: fhhfhfh ((2.2lang))

5

((Ende der Aufnahme 43:37 min))

In der letzten Stunde der Psychotherapie verknüpft der Therapeut die Frage des Patienten, welche Rolle er Zuhause für seine älteren Geschwister gespielt hat, mit der Beziehung zwischen den Gesprächsteilnehmern, ob den Therapeuten der Patient als Person oder als Forschungsgegenstand interessiert habe. Der Therapeut beendet in Sektion 1 durch einen 3TT: (1) prosodischer Kontrast „jA!“; (2) Pause (---) und (3) Grenzmarkierung „also“ das letzte Thema und leitet die Beendigung mit einer gedehnten direkten Ankündigung ein „Ich würde gerne so; fh::: >>zum<< SchlUss sagen;“. Danach formuliert er, kohärent eingeleitet mit dem Diskurspartikel „also“ (s. IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09) und wiederum gedehnt, ein Fazit der Therapie: „ich habs: gE!rn mit Ihnen, (--) ((Klatschen)) geArbeitet, (-) ((Klatschen))“<sup>29</sup>. Diesem gedehnt gesprochenen Fazit folgt die Vorbereitung einer

<sup>29</sup> Beckerman (1985) beschreibt, wie er das Ende eines Musicals wahrgenommen hat, wobei er besonderes Gewicht auf die Reaktion des Publikums legt: „They stood up to applaud and in a kind of ecstasy poured a torrent of approval upon the astonished actors“ (ebd.: 79). Bei keiner anderen Beendigung dieser Therapie waren Beendigungen von Klatschgeräuschen begleitet und da es sich um die letzte Stunde handelt, wonach sich beide Teilnehmer längere Zeit nicht wiedersehen, liegt die Assoziation des Endes einer Aufführung nahe. Während der Äußerung des Therapeuten wird dreimal ein ‚Klatschen‘ platziert. Das lehrreiche Moment dieser Ähnlichkeit liegt in der weiteren Entwicklung des Applaudierens, laut Rufens und „standing ovation“ Gebens, das der Autor als eine rituelle Geste beschreibt, deren konventioneller Charakter sich auch in dieser letzten Stunde einzeichnet.

Ausarbeitung „wA!r für mich“, wobei der Therapeut sich selbst unterbricht und startet erneut mithilfe des Diskursmarkers, wiederum abubrechen („(.) .h >>also<< dA!s:: (-)“). Das Dehnen, Stocken und Selbstunterbrechen ist als Deplatziertheitsmarker verstehbar und bereitet in diesem Fall eine Reparatur vor („nich im Sinne Ihrer jetzigen FrA!ge.“) und verweist negierend auf das letzte Thema, die Frage nach Interesse des Therapeuten am Patienten. Dass der Therapeut gern mit dem Patienten gearbeitet hat, bemerkt ersterer beim Sprechen, den Patienten mithörend (vgl. "mind reading" bei Levinson, 2006), ist i.S.d. letzten Themas, zweifach hörbar. Da die letzte Frage des Patienten vom Therapeuten als Bezugspunkt ausgeschlossen wurde, ist unklar, worauf sich der Therapeut bezieht, weswegen er zur Formulierung einer Frage ansetzt, die illustrieren könnte, inwiefern der Therapeut gern mit dem Patienten gearbeitet hat: „die FrA!ge die is::: die Sie so.“. Dabei führt er die Frage nicht aus, markiert einen Widerspruch mit dem sehr schnell gesprochenen Partikel „>>sondern<<“ und schließt mit „einfach so; (-).hh ((Klatschen))“. Der nimmt Therapeut eine Bewertung der Therapie vor, die er zu begründen versucht, und die in Bezug auf (i) die abgebrochene Ausarbeitung des Fazits, (ii) den folgenden Deplatziertheitsmarker vor der Reparatur des verneinten Einschlusses des letzten Themas, (iii) die abgebrochene Illustration und (iv) das unbegründete Fazit (gerne zusammenarbeiten – einfach so) nicht abgeschlossen werden kann. Der Therapeut leitet auf diesen nicht erfolgreichen Versuch einen neuen ein und stellt mit dem vierten Diskurspartikel („also Ich würde gerne“, „also ich habs:“, „>>also<< dA!s::“ und „a:lso ich fand“) Kohärenz her, was auch anzeigt, dass er noch weiter nach einer Formulierung ‚sucht‘ - währenddessen kommentiert der Patient die längere Äußerung des Patienten nicht. Der Erwartung, dass auf die Äußerungen des Therapeuten zur Bewertung der Therapie ebenfalls eine Bewertung durch den Patienten erfolgt, nimmt der Patient nicht als solche wahr. Anders als in dem ersten Fazit („ich habs: gE!rn mit Ihnen, (--)) ((Klatschen)) geArbeitet.“), betont der Therapeut nun die Beidseitigkeit der Arbeit „die EntschEI!dung war rI!chtig, dass wir beide das::: gemacht ham,“.

Daraufhin kommentiert der Patient leise gesprochen („°Mh°“) das Fazit mit einer „action of passing the floor“ (Thompson et al., 2015: 3), worauf der Therapeut

sich in Sektion 2 selbst als nächsten Sprecher auswählt und seine Erwartungen, verzögernd (Dehnung und *mitigators*) gesprochen, zu einem zukünftigen Wiedersehen thematisiert („Und hoffe dass ich Sie in ner (.) wenn Sie (.) .hh vielleicht (.) noch mal sehe“). Für den Zeitpunkt gibt er zwei Bezugspunkte, vom jetzigen Zeitpunkt aus gesehen: (1) „Irgendwann zwischen; (1) Mai und Juli oder so!, (.)“, (2) „>oder< wenn Sie die Gestalttherapie abgeschlossen haben;“, wobei der Patient nach dem ersten Bezugspunkt, während der Therapeut ein Aufmerksamkeitssignal platziert, das nicht eindeutig als Zustimmung auf den ersten oder den zweiten Bezugspunkt verstanden werden kann. Beide Bezugspunkte verweisen auf eine zukünftige Handlung, die vom Patienten weniger (Punkt (1)) oder mehr (Punkt (2)) initiative gestaltet werden müsste. Diese zukünftige Initiative kann auch als Ausdruck einer jetzigen verstanden werden, dass der Patient seine Sicht auf die Therapie darstellt. Dass jetzt keine Entscheidung (und keine Einschätzung zur Therapie) notwendig ist, zeigt der Therapeut im nachfolgenden Turn, kontrastiert dies mit einer zeitlichen Obergrenze („Aber Unter einem Jahr! würd ich sagen;“). Offen für die Einwirkung des Patienten lässt der Therapeut auch den Zweck des nachfolgenden Treffens, mit dem er, verzögernd (Dehnung und *mitigators*) gesprochen, fortfährt („ich würd Sie gerne wieder mal >einfach< sehen, hören wie es Ihnen geht, (--“). Der eingeführten Obergrenze fügt der Therapeut eine Untergrenze hinzu („so zwischen dem halben und dem Jahr“). Dies wird vom Patienten nicht ratifiziert.

Nach einer langen Pause (1.6) setzt der Therapeut einen prosodischen Marker („so!“) und fügt für diese Eingrenzung eine reparierende Begründung ein („>einfach< weil wir so Vorstellungen haben;“). Mit dem Personalpronomen (wir) leitet der Therapeut interaktionale Bewegung aus dem Gespräch und der Therapie ein. Dieses Personalpronomen zeigt eine Zugehörigkeit einer Gruppe (Therapeuten bzw. Experten) an, die über die jetzige Interaktion hinaus bestehen wird und grenzt so die aktuelle Interaktion als eine zeit- und zweckbezogene ab. Mit dem Konzept des *recipient design* (J. R. Bergmann, 1981; Schmitt & Knöbl, 2013) lässt sich diese Abgrenzung verdeutlichen, da der Sprecher mit der ersten Person Plural eine ihn umfassende Menge beschreibt, die den Angesprochenen bzw. Hörenden nicht inkludiert und damit aktiv aus der möglichen gemeinsamen Menge

herausrechnet. Zugleich ist diese Vorbereitung der Lösung aus der aktuellen Interaktion eine ärztliche Verordnung zu einem Nachgespräch, dessen zeitliche Einordnung jedoch in einem zeitlichen Rahmen vom Patienten abhängt („wenn die Therapie so lang dau!ert, dann so!llte man (.) .hh n NA!chgespräch; nicht zu früh >aber< auch [nicht zu spät führen.“). Wie zuvor (Z. 370) platziert der Patient eine Interjektion („[°Mh°“) während der Therapeut spricht. Dieses Mal zeigt er an, dass er den Turn übernehmen möchte, indem er an den Turn des Therapeuten anschließt und eine konkrete Verabredung vorschlägt („Solln mer dann e richtiger Term!n ausmache;“). Damit verweist der Patient auf die Differenz dieser Beendigung zu den vorigen, dass er die Erwartung hat, es solle eine Verabredung (mit Tag und Uhrzeit) ausgehandelt werden. Er geht nicht auf die vom Therapeuten eingeleitete Lösung aus der Interaktion ein (Offenlassen eines möglichen Wiedersehens und Dezentrierung durch Personalpronomen) und macht mit dem Konkretisierungsversuch der Verabredung die Kontinuität der Treffen (vgl. „continuity of care“ bei West, 2006: 415) statt eines Endes der Therapie relevant. Eine Alternative zur festen Verabredung leitet er durch „>oder<“ ein und bricht diese ab („s:“). Die Alternative leitet der Therapeut ein („Mh; dO! (-)“) und weist dem Patienten ein Projekt zu („rufen Sie dann A!n; wenn Sie dann: wissen was Sie dann (.) für (---) U!mstände haben.“). Das Projekt formuliert er unter dreifachem Einsatz des Partikels ‚dann‘ als eines, das kohärent zum zuvor Gesagten, abgeleitet aus *seiner* kognitiven Tätigkeit, ist (s. IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09)). Den Aufforderungscharakter des Projekts mildert er ab, indem er, den Zeitpunkt wiederholend (Z. 369), als einen Vorschlag umbenennt („>also< (.) ich mein ich würd vO!rschlagen irgendwann MAI! Juni JU!li [.hh“). Zum dritten Mal stimmt der Patient während des Turns des Therapeuten mit einer Interjektion ein (Zn. 370, 374 und 377), wonach dieses Mal der Therapeut sich erst nach einer Pause (1) selbst wählt und dem Patienten eine Erklärung anbietet, warum jetzt keine Aushandlung der Verabredung erfolgt („DA!nn >aber< werden Sie wieder andere ZE!t (1.9) >>mh<< an StU!ndenplan haben und so: das tun mer dA!nn (--).hh AU!shandeln.“), was als Reparatur der zuvor als *trouble* angezeigten Unterbrechung der Rede bzw. des Nicht-Weitersprechens durch den Therapeuten. Wiederum unter zweifachem

Einsatz von ‚dann‘ ist dieser Partikel auch verstehbar als Verweis auf den Zeitpunkt in der Zukunft, nicht als konklusiver, sondern als zeitlicher Partikel.

Die Erklärung des Therapeuten mündet in einem veränderten Projektvorschlag, der *gemeinsam* („tun mer“) verhandelt wird, was dem eingangs beschriebenen Muster entspricht, zunächst auf die Trennung zwischen Therapeut und Patient einzugehen (Zn. 366 und 376) und einen gemeinsamen Bezugspunkt zu (re)formulieren (Zn. 366 und 379). Zugleich mildert die Verwendung des Personalpronomens in der ersten Person Plural als Rezentrierung auf die Interaktionsteilnehmer die Lösung aus der Interaktion. Nach einer Pause (1.2) leitet der Patient in Sektion 3 die Vorbeendigungsphase ein („>Alles klar<“), die der Therapeut schließt („↑Gut“). Nach einer Pause (1.4) initiiert der Patient in Sektion 4 die Schlussgrußsequenz („WIE!dersehn“) und qualifiziert das Gespräch als eines, in dem er Hilfe erfahren hat („vielen DA!nk,=“). Dem Dank des Patienten schließt der Therapeut unmittelbar mit der zweiten Schlussgrußsequenz an, wobei er den Patienten mit Nachnahmen verabschiedet („=WIE!dersehn Herr \*\*Vettner\*\*,“). Der Verweis auf den Nachnahmen ist nur in drei Sitzungen dieser Therapie erfolgt (Stunden 17, 25 und 29). Man könnte dies so verstehen, dass die Verabschiedung mit Nachnahmenbezug dem Hörer ermöglicht, ebenfalls den Nachnahmen - und nicht die Position als Professor oder Therapeut - als Bezugsgröße zu nehmen. So gesehen, wäre die Verabschiedung eine alltagsweltlich orientierte, die formlosere Reaktionen erwartbar macht. Nach einer Pause (--) eröffnet der Patient in Sektion 5 mit einem Abschiedswunsch (vgl. Schlusswunschsequenz IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09)) das Kommentar der Interaktion („Ich wünsch Ihne au nOch (--) [schöne ZEIt!“), was für ein therapeutisches Gesprächsformat ungewöhnlich ist und die formlose Reaktion vollzieht, die der Therapeut relevant gemacht hat. Mit dem kurz und im Dialekt gesprochenen Adverb ‚auch‘ („au“) zeigt der Patient Kohärenz zum zuvor Gesagten an, kann sich damit jedoch nicht auf einen Wunsch des Therapeuten beziehen, da ein solcher nicht erfolgt ist. Der Fokus auf „ZEIt“ entspricht dem des Therapeuten „ZEIt“ (Z. 379) und könnte sich auf die Zeit nach der Therapie und vor dem nächsten Treffen beziehen. Gleichzeitig zum Patienten beginnt der Therapeut seinen Turn Kohärenz unterstützend „Ja (--)“ und fügt dem Wunsch des Patienten seinen Dank und Grüße an dessen Freundin an

(„DA!nkeschön, Grüße an die \*\*JU!Lia\*\* dann.“), worauf der Patient „MA!ch ich gern.“ an- und die Interaktion abschließt.

Diese Äußerungen sind alltagsweltlichen Verabschiedungen sehr nah, da der eine Gruß einen nachfolgenden relevant macht, was voraussetzt, dass, das private Umfeld bekannt ist und dies in eher freundschaftlich intimen Sozialbeziehungen der Fall ist, wo nicht nur die Bekanntschaft der Teilnehmer selbst, sondern auch ihres privaten Umfeldes vorausgesetzt werden kann. Ohne die Möglichkeit, ebenfalls mit Gruß an das private Umfeld zu reagieren, wird die Abschiedsszene in ihrem *konventionellen* Charakter deutlich. Der Gruß ans private Umfeld (Z. 387) kann, ohne wechselseitiges Wissen um das private Umfeld, soweit dies aus den vorliegenden Daten bekannt ist, als formaler Marker statt als Ausdruck von Intimität verstanden werden. In diesem Sinne qualifiziert der formale Marker die Interaktion als eine, die zu schließen ist. Nach Deppermann and Lucius-Hoene (2008) bewältigen Teilnehmer therapeutischer Interaktion zwei Aufgaben, wonach (i) die Erfüllung des pragmatischen therapeutischen Ziels geprüft und (ii) die bedeutsame Bindung gelöst, gewürdigt und antizipierend bewältigt werden müssen. Mit Dankesgrüßen (Z. 384 „vielen DA!nk,“ und Z. 387 „DA!nkeschön,“) in der Beendigungsphase (s. Dankbarkeit IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09)) wird der in dem institutionellen Gesprächsformat erhaltenen Hilfeleistung bzw. konstruktiven Mitarbeit Rechnung getragen. Durch den Partnerschaftsgruß drückt sich Anerkennung der Bedeutsamkeit der sozialen Beziehung aus. Beide Grußformen verweisen aber auch durch ihre sequentielle Position nach den Paarsequenzen auf die Auflösung der Beziehung. Im Abschiednehmen identifiziert Adato (1975) eine dialektische Struktur zwischen Schließung eines "being together" und zugleich einer "trans-occasional continuity", was zeigt, dass im Abschied Mechanismen zum Tragen kommen, die im Durkheimschen Sinne<sup>30</sup> über rituelle Praktiken (konventionalisierter Abschiedsgrüße der Teilnehmer) hinaus auf einen allgemeinen sozialen Charakter verweisen und diesen reproduzieren. Indem auf den alltagsweltlichen Partnergruß als „performative Positionierung“<sup>31</sup> zurückgegriffen wird, werden Erwartungen an den Gegenüber „nicht explizit zugeschrieben oder

---

<sup>30</sup> s. „soziale Erscheinungen“ als „Gußformen, in die wir unsere Handlungen gießen müssen“ bei Durkheim, König, and König (1984: 126)

<sup>31</sup> vgl. Konzept der „category-bound activity“ bei Sacks (1972, 1992)

durch erzählerische Darstellungen verdeutlicht, sondern sie werden, situiert durch eine bestimmte Art und Weise des Handelns, enaktiert“ (Deppermann & Lucius-Hoene, 2008: 26). Dem Abschiednehmen ist in dieser letzten Stunde ein Moment inne, der die lokale soziale Beziehung, die gelöst wird, durch eine über das Ende des aktuellen Treffens hinausreichenden verbindenden Tätigkeit (Partnerschaftsgruß) kontinuiert und durch deren wechselseitige Herstellung die Notwendigkeit eines allgemeinen sozialen Charakters aufzeigt.

#### IV.1.3.D Übersicht kommentierte Beendigungen

Stunde	$\Sigma$ Turns	Grenzmarkierung nach		WETEP	Zwischensequenz
		Letztem Thema	Beendigungs- eröffnung		
2	8	---	so	Fazit	Selbstkommentar (P)
3	10	Prosodischer Kontrast (ja)	---	Projekt (T+P), Projekt (P)	Linking
6	50	Prosodischer Kontrast (ja)	---	Selbstöffnun g	Verabredung, reopen
8	26	Prosodischer Kontrast (ja)	Deplatziert- heits-marker	Projekt (P)	Klage
13	12	Deplatziert- heitsmarker	---	Projekt (P), Projekt (T+P)	reopen
29	11	Prosodischer Kontrast (ja)	Dann, aber	Fazit, Zusammen- fassung	Verabredung



## IV.2 Schema der Beendigung

Anhand der beschriebenen Beispiele der Beendigung therapeutischer Interaktion wird die Vielfalt der Beendigungstypen deutlich ("variety of closing types" bei Button, 1990: 93). Aus dieser Vielfalt lässt sich eine sequentielle Organisationsstruktur, ein Schema der Beendigung, beschreiben, was beides ist, „complex and orderly“ (ebd.). Unter Einbezug von Vorstudien institutioneller Interaktion versuche ich die Typen der Beendigung dieser Studie in ihrer Konstitutionslogik zu vereinheitlichen. Damit werden die zuvor herausgestellten Unterschiede der jeweiligen Typen in einem Schema auf ihre gemeinsame Struktur befragt. In Anlehnung an S. E. Clayman (1989: 670-672) lassen sich zunächst drei Komponenten dieses Schemas beschreiben (1) Vorbeendigungskomponente („preclosing component“), bestehend aus (i) Vorbereitung („preface“), (ii) Projektion („projection“) der Beendigung<sup>32</sup> und (iii) Zwischensequenz, (2) Schließungskomponente („terminal component“), sowie (3) optionale Kommentierung („having the last word“, ebd.: 681). Zunächst lässt sich in der Vorbereitung ein sequentieller *Dreischritt der therapeutischen Themenbeendigung* (3TT) beobachten, der das letzte Thema schließt, bestehend aus

- (1) unilateraler Vorbeendigung, die durch keine (Stunden 2 und 11) oder sechs verschiedene Grenzmarkierungen eingeleitet werden kann:
  - (i) Diskursive Abgrenzungen wie *also* (Stunden 18, 22, 24, 25 und 28) bzw. *so* (Stunden 15 und 20),
  - (ii) Kohärente Abgrenzungen wie *gut* bzw. *ja* (Stunden 9, 16, 17, 19 und 26),
  - (iii) Prosodische Kontrastbildungen (Stunden 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 27 und 29),
  - (iv) Deplatziertheitsmarker (Stunden 1, 10 und 13),
  - (v) Inter-Sprecher-Restart (Stunde 14) und
  - (vi) Sprechen wie aus einem Mund (Stunde 20),
- (2) Pause als ungeregeltes Verstreichen-Lassen einer patientenseitig möglichen, aber nicht notwendigen Reaktion und
- (3) Grenzmarkierung setzen.

---

<sup>32</sup> „When these practices are used in closing-relevant environments to close [...] topics, they can project a contingent shift into the activity of closing“ (Robinson, 2001: 653).

Wie erfolgreich die unilaterale Themenbeendigung für die Einleitung der Beendigung ist, hängt von der nachfolgenden Projektion der Beendigung ab, die die Beendigung als folgende Handlung relevant macht (statt dem Einführen eines neuen Themas, wie beim mundanen Vorbeendigungsaustausch). Diese Unterkomponente kann bestehen aus:

- (i) einer *direkten Ankündigung* der Beendigung der Interaktion (vgl. "Machtwort" bei J. Bergmann, 2000a: 130; vgl. "overt announcement" bei Button, 1987; vgl. "externe Legitimierung" bei Jäger, 1976: 129; vgl. „announcing closure“ bei Schegloff & Sacks, 1973: 311), was zwar keine Beendigungsgarantie gibt, aber den Gesprächspartner auch nicht zu weiterem *topic talk* einlädt, wie in Stunde 16 beschrieben,
- (ii) einer *wechselseitigen Therapieerfolgsprüfung* (WETEP) (vgl. sequentielle Funktion als "covert announcement" bei Button, 1987; vgl. "joint commitments" und "joint actions" bei Clark, 2006) als Prüfung des pragmatischen therapeutischen Ziels - und damit institutionelles Substitut des mundanen, wechselseitigen Vergewisserns, nichts weiter zu sagen zu haben und die Beendigung gemeinschaftlich durchzuführen - die eher (1) offen bleiben wie (a) Selbstöffnung (Stunde 6), (b) Bekanntmachen (Stunde 5), (c) Verschieben (Stunde 9) und (d) verkürzte & paradoxe Metakommunikation (Stunde 14) oder (2) abschließend wirken wie (a) Zusammenfassung (Stunde 20 und 29) bzw. Fazit (vgl. "summary" und "upshot" bei Button, 1987; Button, 1991; vgl. "Resumee" bei Jäger, 1976: 129; vgl. "aphoristic conclusion" bei Schegloff & Sacks, 1973) wie in den Stunden 8, 10, 11, 15, 20, 22, 25 und 29 ersichtlich, (b) Metapher (Stunden 4, 7, 11), (c) Aufgabenklärung (Stunde 1), (d) Abgrenzen (Stunde 21) und (e) einseitiger oder wechselseitiger Projektvorschlag (vgl. "Ratschläge" bei Jäger, 1976: 130) wie in Stunden 3, 8, 12, 13, 15, 17, 18, 19 und 24 zu sehen und

(iii) einer kompakten oder gedehnten *Zwischensequenz* wie (i) beidseitige Verabredung (Böhringer, 2011; vgl. "arrangement" bei Button, 1987: 104; Button, 1991; Heath, 1986; Houtkoop-Steenstra, 1987; vgl. "Vereinbarung" bei Jäger, 1976: 129; vgl. "Vereinbarungssequenz" bei Raitaniemi, 2014: 141; Robinson, 2001; vgl. „closing-relevant“ bei Schegloff & Sacks, 1973: 306; vgl. "strongly closing implicative" bei West, 2006: 386) wie in den Stunden 1, 5, 6, 7, 14, 18, 20, 21, 22 und 29 beobachtbar, (ii) unilaterales Linking (Stunden 3, 4, 9, 10, 14 und 28), (iii) verbalisiertes Selbstkommentar (Stunden 2, 10, 27), (iv) Klage (vgl. "complaint remedy" bei Davidson, 1978) wie in Stunde 8 und (v) Wiedereröffnung (vgl. "back reference" (109), "topic initial elicitors" (113) und "in-conversation objects" (116) bei Button, 1987) wie in den Stunden 6, 11, 12, 13, 15 und 19 erkennbar.

Ist die Beendigung eingeleitet und erwartbar (projiziert), kann die Schließungskomponente eröffnet werden. Dies geschieht optional mit vorangeschaltetem Vorbeendigungsaustausch und anschließender Schlussgrußsequenz, wie im Minimalschema nach (Schegloff & Sacks, 1973) beschrieben. Da die Interaktion nicht mit dem Austausch der Paarsequenzen aufgelöst ist, wie bspw. bei einem Telefonat, bei dem aufgelegt wird, kann es auch zu einer neuen Eröffnung, einer Kommentierung, im Anschluss an die Interaktion kommen. Bei beiden Komponenten werden Einschübe bzw. Erweiterungen platziert, wie (i) Wünsche (vgl. "solicitudes" bei Button, 1987: 118; Jäger, 1976: 129) wie in Stunde 6, 9, 14 und 29 und (ii) Danksagung, die als formaler Marker, statt als Ausdruck echter Dankbarkeit analysiert werden kann (Übersicht zu Literatur bei Aston, 1995: 59; vgl. "appreciations" bei Button, 1987: 122; vgl. "Wertschätzung" bei Jäger, 1976: 129) wie in den Stunden 3, 6, 9 und 29.

Nimmt man die häufigsten, der hier zusammengetragenen Merkmale dieser Therapie, dann lässt sich daraus ein Verlauf von wechselseitigen Verpflichtungen (Clark, 2006) ableiten, die vorbereitet, verhandelt und beschlossen werden, um das pragmatische Ziel der Therapie (Freud, 1970) gemeinsam herzustellen (Brody, 1994). Die typische Beendigung dieser Therapie sieht damit folgendermaßen aus:

**P:** [letztes Thema]

**T:** [Vorbereitung/ 3TT: JA!]

[Pause]

**T:** [Grenzmarkierung: also]

[Pause]

**T und P:** [Projektion/ WETEP: Projektvorschlag]

[Pause]

**P und T:** [Zwischensequenz: beidseitige Verabredung]

[Pause]

**T:** [1. Vorbeendigungszug]

**P:** [2. Vorbeendigungszug]

[Pause]

**T:** [1. Schlussgruß]

**P:** [2. Schlussgruß]

((Ende 45:50:00-0 min))

#### IV.2.1 Übersicht institutioneller Beendigungen

Interaktion		Studie
Schule		Radford, Blatchford, and Webster (2011)
Flugzeug/ Cockpit		J. Bergmann, Dolscius, Finke, and Nazarkiewicz (2006)
Medizin/ Arzt-Patient		J. White, Levinson, and Roter (1994)
		J. C. White, Rosson, Christensen, Hart, and Levinson (1997)
		Robinson (2001)
		West (2006)
Notruf		Whalen and Zimmerman (1987)
		Zimmerman and Wakin (1995)
Marktforschung		Maynard and Schaeffer (2002)
Beratung		Heath (1986)
		Bardovi-Harling, Hartford, Mahan-Taylor, Morgan, and Reynolds (1991)
		Hartford and Bardovi-Harlig (1992)
		Aston (1992)
		Aston (1995)
		Böhringer (2011)
		Stommel and te Molder (2015)
TV	Talk-Show	Martínez (2003)
		DeMarco (2014)
	News Interview	S. Clayman and Heritage (2002)
Gericht		Rosulek (2014)
Psychotherapie/ letzte Stunde		Deppermann and Lucius-Hoene (2008)

## V. Diskussion

Ich habe zunächst über die ethnomethodologische Perspektive (s. II.1 Theorie - Ethnomethodologie) Bedingungen für die Herstellung sozialer Ordnung darzustellen versucht, wie (i) die Vagheit sprachlicher Ausdrücke, (ii) den wechselseitigen Bezug bei der Interpretation dieser mehrdeutigen Äußerungen und (iii) dem Vertrauen auf die sinnhafte Interpretation des Anderen. Die Regeln nach denen soziale Ordnung wechselseitig hergestellt wird, sind einerseits mehr oder weniger bekannt, und entfalten sich andererseits erst durch den Vollzug der konkreten Sprach-Handlungen hindurch als handlungsrelevant für die Teilnehmer. Aus der Teilnehmerperspektive sind institutionelle Gesprächsformate, besonders die therapeutische Interaktion, in der Abweichung zum mundanen Vollzug verstehbar: Einerseits wird in der Abweichung die Verwendung alltäglicher Interpretationsmuster deutlich (Bewusst-Werdung) und andererseits, dass eben diese Regeln nicht immer aufgehen, dass mit ihnen gebrochen werden muss, um in Entwicklung (neuer Regeln) zu kommen.

Im Bruch mit selbstverständlich erscheinenden Sprachtheorien („taken for granted“ bei Garfinkel, 1964: 35; „Sprache als implizite Theorie der Welt“ bei Kneer & Schroer, 2009: 99) tritt die Konversationsanalyse (s. II.2 Methode - Konversationsanalyse) als Anwendung der Ethnomethodologie im Sinn eines Gespräch-in-Interaktion ("talk-in-interaction" bei Sacks et al., 1974: 33) aufs Tableau, wobei die klassische These der unvoreingenommenen Materialanalyse (s. Untersuchung „in an unmotivated way“ bei Sacks, 1984: 27) erweitert werden muss, was sich anhand der KA-Voraussetzungen von (i) fünf Vorannahmen der KA-Erkenntnishaltung (Schegloff & Sacks, 1973), (ii) dem Redezugverteilungssystem ("turn-taking-system" bei Sacks et al., 1974), das die Analyse von Sprache als sequentielle Struktur (Auer, 2013) ermöglicht, (iii) dem Präferenzsystem (Pomerantz, 1984; Sacks, 1987; Schegloff et al., 1977), (iv) *accounting practices* (Garfinkel, 1956, 1967a), (v) all diesem, das in *Analytischer Mentalität* (Schenkein, 2014) kulminiert, sowie (vi) sechs (Michael B. Buchholz et al., in Druck) gesprächspraktischen Heuristiken (GPH) zeigen lässt.

Bei der Untersuchung institutioneller Interaktion (s. I.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion) (i) nimmt alltägliche Konversation die *primordial scene* (Schegloff, 1996a) bzw. „basis of all our rules“ (Koerfer & Neumann, 1982: 105) ein, aus der heraus und in die hinein u.a. konversationelle Teilnehmerrollen und Themen verhandelt werden, (ii) werden relevante Erwartungen aus mundaner Konversation bspw. zur Beendigungseinleitung *verkürzt* und wie manche Qualifizierungsformen der Rede *spezialisiert* (s. "reduction" und "specialization" bei S. E. Clayman, 1989: 685) und (iii) zeigen sich Teilnehmende wechselseitig an, wie sie einander verstehen und müssen sich zugleich an einem übergeordneten Ziel orientieren, das die institutionelle Situation bestimmt, aber für den Forscher nicht allein aus dem Material ersichtlich ist, wie bspw. theoriegeleitete Handlungen. Spezifisch für therapeutische Interaktionen (s. I.2 Institutionell psychotherapeutische Interaktion) ist, dass

- (1) eine kommunikative Asymmetrie, i.S. eines *epistemic twist* (Voutilainen & Peräkylä, 2014) vorliegt, da das Redezugverteilungssystem (Atkinson, 1982) und hierarchische Positionen der Teilnehmer (Firth, 1972) vorverteilt sind, was sich daran zeigt, dass (i) dem Therapeuten die epistemische Autorität fehlt, um sich die Bestätigung der therapeutischen Hilfeleistung selbst zu bescheinigen (vgl. "professionals lack the epistemic authority" bei Stommel & te Molder, 2015: 284), (ii) Fachvokabular therapeutenseitig besser bekannt ist (Puchta & Wolff, 2003), (iii) Äußerungen des Patienten durch den Therapeuten interpretiert werden dürfen (Vehvilainen, 2003), (iv) der Umgang mit Widerstand elementar (Vehviläinen, 2008) und (v) *trouble talk* konstitutiv (Ruusuvuori et al., 2009) für die therapeutische Arbeit ist (vgl. „kommunikativer Notstand“ bei Flader & Grodzicki, 1978: 52),
- (2) Prosodie und Praktiken der Formulierung sich als Therapieschulen übergreifende Merkmale herausgestellt haben (Weiste & Peräkylä, 2013) und

- (3) (Re-)Formulierungszirkel den Boden für folgende Interpretationen (Peräkylä, 2004; Vehvilainen, 2003) bereiten, wobei Interpretationen die koproduzierten Handlungssequenzen nachträglich sinnhaft einordnen (Voutilainen & Peräkylä, 2014).

Um eine institutionelle Interaktion zu beenden, ist pragmatisches Wissen notwendig (Hartford & Bardovi-Harlig, 1992: 98). Dazu zählt i) Wissen um das Schließen von Konversationen im Allgemeinen (vgl. besonders kulturvergleichende Studien von Pavlidou, 1998; Raitaniemi, 2014; Sun, 2005), ii) welche Themen erlaubt sind, iii) wie Themen sequentiell platziert werden (s. „special constraints on turn types“ bei S. E. Clayman, 1989: 676; s. „kairos“ Zeit bei Erickson & Shultz, 1982: 72), bspw. dass in der „postsession time“ (Hartford & Bardovi-Harlig, 1992: 98) bzw. in dem Kommentar einer Beendigung präferiert bislang nicht verhandelte Themen besprochen werden und iv) wie lange die Sitzung zeitlich dauert (s. „temporal constraints“ bei S. E. Clayman, 1989: 676; s. „chronos“ Zeit bei Erickson & Shultz, 1982: 72), also ca. 45 Minuten<sup>33</sup>.

Irritiert durch die Beobachtung, dass ein Gespräch nicht dadurch beendet wird, dass die Teilnehmer aufhören zu sprechen, untersuchen Schegloff and Sacks (1973) die Beendigung alltäglicher Konversationen (s. (s. IV.2 Schema der Beendigung).

---

<sup>33</sup> s. Anhang A Übersicht Stundenstatistik



**I.1 Mundane Praktiken der Beendigung).** Da es in Konversationen zu Sprechpausen kommt, wäre ‚Nicht-Sprechen‘ nicht ausreichend, um dem Anderen anzuzeigen, dass das Gespräch beendet werden soll. Sprechpausen sind Strukturmarker und ihre konversationelle Funktion ist die *übergaberelevante Stelle* (S. E. Clayman, 2013; Selting, 2000), die gemeinsam bearbeitet werden muss, sodass das Beendigungsproblem gelöst werden kann: die Aufhebung des möglichen Übergabemoments von einem zum nächsten Sprecher. Diese Suspension erfolgt über die Platzierung von konditionell relevanten Nachbarschaftspaaren, die jedoch nicht an jede sequentielle Position gesetzt werden können, was das Platzierungsproblem beschreibt. Bevor die Teilnehmer Schlussgrüße austauschen können, bedarf es einer Prüfprozedur, ob bislang Ungesagtes (vgl. "unmentioned mentionables" bei Schegloff & Sacks, 1973: 303) in Form eines neuen Themas oder die Beendigungssequenz eröffnet wird. Dieses Scharnier der Beendigungsphase mit „dual-faceted character“ (Jefferson, 1981: 36) nimmt in mundaner Konversation die Vorbeendigungssequenz (Selting, 2007) ein. Im kürzesten Fall wird eine Beendigung in vier Zügen durch eine *Vorbeendigungssequenz* eingeleitet und über eine *Schlussgrußsequenz* (Raitaniemi, 2014: 75) beendet (s. "archetype closing" bei Button, 1987: 102; "Minimalschema" bei Raitaniemi, 2014: 73; Schegloff & Sacks, 1973: 317).

Nehmen wir diese Beendigungsstruktur als Bezugspunkt bzw. *primordial scene* (Schegloff, 1996a) des pragmatischen Wissens der Teilnehmer (Hartford & Bardovi-Harlig, 1992: 98), liegt der erste große Unterschied zur therapeutischen Beendigung<sup>34</sup> in der kommunikativen Asymmetrie. Wenn sich Teilnehmer in mundanen Interaktionen wechselseitig um die Lösung des Beendigungsproblems mithilfe der Vorbeendigungssequenz ‚kümmern‘, drängt die therapeutische Situation den Therapeuten als Hüter der Institution Psychotherapie in die Überprüfung von Themenwahl (Hartford & Bardovi-Harlig, 1992: 98), „Chronos“ bzw. die Stundenlänge und „Kairos“ bzw. die sequentielle Positionierung (Erickson & Shultz, 1982: 72). Diese Hierarchisierung der Interaktion impliziert das *open-topic*

---

<sup>34</sup> s. IV.1 Typen therapeutischer Beendigungen und

IV.2 Schema der Beendigung

*closing* Dilemma für Therapeuten: auf der einen Seite müssen sie die Erfüllung des pragmatisch-institutionellen Ziels der „talking cure“ (Freud, 1970: 263) gewährleisten, überprüfen und auf der anderen Seite ist auch die therapeutische Beendigung ein „interactional achievement“ (Schegloff & Sacks, 1973: 290), da Therapeuten die Bestätigung der WETEP in Verhandlung mit dem Patienten ‚bescheinigt bekommen‘ (Stommel & te Molder, 2015).

Die ‚Scharniere‘ zwischen *topic talk* und Einleitung der Beendigungssequenz, die Vorbeendigungen, ermöglichen bei therapeutischen Interaktionen nicht im gleichen Maße eine Wiedereröffnung neuer Themen (vgl. keine "reinvocation" bei Hartford & Bardovi-Harlig, 1992: 97; "preclosing questions fail as a closing device" bei Stommel & te Molder, 2015), wie dies Schegloff and Sacks (1973) bei Alltagsgesprächen zeigen. Im Vergleich zu anderen institutionellen Interaktionsformaten, wie der ärztlichen Beratung (J. White et al., 1994) oder dem Nachrichteninterviews (S. Clayman & Heritage, 2002), ist beiden mit der Psychotherapie gemein, dass die Überprüfung der Themenwahl (Hartford & Bardovi-Harlig, 1992: 98), „Chronos“ und „Kairos“ (Erickson & Shultz, 1982: 72) stark vorbedingt sind. Dies wird daran deutlich, dass bei allen drei Interaktionsformen die Beendigung typischerweise durch die institutionellen Vertreter initiiert wird (S. Clayman & Heritage, 2002; Heath, 1986; J. White et al., 1994). Bemerkenswert ist der Unterschied im Übergang von vorigen Themen zur Beendigungseröffnung, vergleicht man die Nachrichteninterviews (S. Clayman & Heritage, 2002) als institutionelles Gesprächsformat mit mundanen Telefongesprächen: Die Vorbeendigungskomponente wird meistens *unilateral* (statt beidseitig geprüft) durch den Interviewer hergestellt und üblicherweise nicht durch Interviewten beantwortet. Der Interviewer, der die Beendigung durch die Vorbeendigungssequenz einführt, fährt fort mit der Schlussgrußsequenz (Danksagung an Interviewten). Darauf wird *keine* Reaktion des Interviewten erwartet, aber zuweilen hergestellt. Anschließend geht der Interviewer zu einem anderen Programmpunkt über (bspw. Ansprache des Publikums; vgl. Anhang Stunde-05-) und signalisiert damit, dass eine Antwort nicht erwartet ist.

Wie in anderen institutionellen Gesprächsformaten, bricht auch die therapeutische Interaktion mit relevanten Alltagserwartungen, wie (S. Freud, 1996:

468) bei der Einführung der Grundregel darstellt, wonach Patienten „später erfahren und einsehen lernen“, was der Grund dieser Grundregel ist. Aus Patientensicht handelt der Therapeut auf „Kredit“ des Patienten (Koerfer & Koehle, 2007: 632). Das Versprechen der Therapie ist, dass der Bruch mit geübten und bewährten Alltagserwartungen eine sinnvolle Angelegenheit ist. Im Sinne des *open-topic closing* Dilemmas (i) ist der Therapeut einerseits Hüter der Institution (vgl. „counselor as gatekeeper“ bei Erickson & Shultz, 1982) mit asymmetrisch verteilten Kommunikationsrechten, der die Beendigung typischerweise unilateral *eröffnet*, um die institutionellen Festlegungen (s. Voraussetzungen der Beendigung) durchzusetzen, (ii) andererseits ratifiziert der Patienten im Sinne der spezifischen Auffassung der „talking cure“ (Freud, 1970: 263), wonach der Patient zu eigener Aktivität angeregt wird (s. besonders Stunden 8, 14, 21 und 27), die WETEP bei der *Durchführung* der Beendigung, die typischerweise beidseitig vollzogen wird (s. typische Beendigung dieser Therapie). Die Abweichungen von mundanen Erwartungen mit Interaktionsregeln der Psychotherapie sinnhaft einzuordnen, ist als Leistung beider Teilnehmer zu verstehen (s. „joint construction of narrative“ bei Brody, 1994), wobei diese paradoxerweise nur in einem kommunikativen Raum mit asymmetrischer Organisationsstruktur Entfaltung finden kann<sup>35</sup>. Ein prägnantes Beispiel für die konkrete Gestaltung dieses Paradoxon zeigt sich in Stunde 14 (s. Beschreibung IV.1.2.B Gedehnte Mittelstunde (14)):

723    **P:** °ha descht jetzt irgendwie:°

722    **T:** des is jetzt STOFF für die Ferien

723    **P:** ja: des is vertrackt hh wie komm I da ↑raus?

724    (2.8)

725    **T:** indem ich Ihnen diese Fra:ge nich beantwor=tät

726    **P:** mhmh

---

<sup>35</sup> Dieses Paradoxon, „den gewährten Handlungsspielraum nicht nur nutzen zu können, sondern nutzen zu müssen“ und „die Richtung des Gesprächs entgegen den Alltagsgewohnheiten ohne die Kontrolle durch einen Gesprächspartner ratifizieren zu müssen“, obwohl der Therapeut als Autorität durch die Institution bestimmt wurde und anwesend ist, illustriert Koerfer (2013) mit (Lakoff, 1980: 11): „(...) the analyst has the power to determine how the discourse shall proceed, and exercises this power by allowing it to proceed at the patient's whim. Moreover, although the analyst thus controls the discourse, he does not directly control choice of topic. He governs the inception and termination of the discourse, but not the subject-matter. Thus we are dealing with a conversational situation replete with paradox. The one who appears to hold the power does not hold it.“

727 (6.6)

Mithilfe der verkürzten, paradoxen Metakommentierung des Therapeuten (Z. 725) wird (i) die Frage (Z. 723) auf den Patienten rückgebunden und (ii) eine ‚neugierige Suchbewegung‘ angeregt. Statt an das letzte Thema anzuknüpfen, platziert der Therapeut eine verkürzte Gegenfrage als Angebot der zu ratifizierenden WETEP, die gedanklich ergänzt werden muss: Die Frage des Patienten verbunden mit der Antwort des Therapeuten ergeben erst die WETEP. Der Therapeut ist situativ erfahren, jedoch ohne epistemische Autorität (Stommel & te Molder, 2015), und der Patient Therapie-Neuling auf der Suche nach Hilfe. Der Patient vergibt einen Vertrauensvorschuss an den Therapeuten und der Therapeut legt dem Patienten dar, inwieweit dieses Vertrauen zu etwas führt, das dem pragmatischen Ziel der Interaktion, geprüft durch die Anerkennung der WETEP, dient. Mit Clark (2006) gesprochen, committet sich der Patient dem Prozess, vermittelt durch den Therapeuten, und der Therapeut committet sich, darzustellen, dass dieses patientenseitige *commitment* berechtigt ist. Die WETEP ist eine gemeinsame Konstruktion („joint construction“ bei Brody, 1994; „joint activity“ bei Clark, 2006) und setzt die Aufrechterhaltung eines „joint commitment“ (Clark, 2006) für das Erreichen des therapeutischen Ziels voraus. Damit ist gemeint, dass die Teilnehmer sich in einem gemeinsam geteilten therapeutischen Raum wechselseitig versprechen, Erwartungen mit den Handlungen des Anderen abzustimmen. Dieser Raum lässt sich mit Aktivitäten des *common ground* (Clark, 1996) beschreiben, wonach das gemeinsam geteilte Wissen der Gesprächsteilnehmer wechselseitige Auslegungen erst ermöglicht. Damit werden Erwartungen erfasst, die sich auf die reziproke Einhaltung von (Sprach-)Handlungen beziehen oder wie Sacks (1995) es formuliert: „my mind is with you“ (S. 257). Gesprächsteilnehmer können in therapeutischen Interaktionen wechselseitig persönlich (und je nach Therapeutenschule mehr oder weniger privat<sup>36</sup>) über ihre Erzählungen in Austausch kommen, weswegen Voutilainen and Peräkylä (2014) dieses Gesprächsformat als einen *personal affective talk* bezeichnen.

---

<sup>36</sup> vgl. Selbstöffnung des Therapeuten in IV.1.3.B Kommentierte Mittelstunde (13); zur Diskussion um Privatheit in Institutionen s. (Koerfer, 2013: 247-249)

Die unilaterale Themenschließung durch den Therapeuten ist so gesehen eine Leistung, die durch den Patienten anerkannt wird, da der Patient darauf verzichtet, bislang Ungesagtes zur Sprache zu bringen. Dieses gemeinsame Aushandeln weicht von der mundanen Erwartungshaltung ab und konstituiert zugleich die therapeutische Interaktion. Da die Eröffnung der Beendigung in therapeutischer Interaktion von alltäglicher abweicht, da die Scharniere der Beendigungseröffnung therapeutenseitig unilateral geschlossen werden, stellt sich die Frage, ob die Möglichkeit, die dem „dual-faceted character“ (Jefferson, 1981: 36) inhärent ist, neue Themen zu eröffnen, überhaupt relevant wird. Dass die Eröffnung neuer Themen in der Beendigungssequenz therapeutenseitig dispräferiert, aber nicht unmöglich ist, zeigt sich in Stunde 8 (s. Anhang Stunde-08-):

768	<b>P:</b> mir gahts nur gar et gut	
769	<b>T:</b> °nö:,°	
770	<b>P:</b> °hmm°	
772	(3,1)	
773	<b>P:</b> weiß gar et warum,	
774	(1,6)	
775	<b>T:</b> jetzt plötzlich oder schon die ganze zeit?	
776	<b>P:</b> noi jet plötzlich	
777	<b>T:</b> jetzt plötzlich; ja jetzt kommt was auf,	
778	(---)	
779	<b>T:</b> °°hm:,°°	
780	(5,3)	
781	<b>T:</b> vielleicht wissen ses noch bis zum nächsten mal;	[wiedersehn
782	<b>P:</b>	[°°wiedersehn°°
783	(--)	
784	<b>P:</b> ja; (-) °des goht jetzt sicher jetzt muss ja jetzt erscht kommen (--).h	

Der Patient bringt in Sektion 1 eine Klage als mögliches neues Thema in der Beendigungssequenz ein, was die WETEP und damit die Beendigungseröffnung zur Verhandlung stellt. Die Reaktionen (i) des Therapeuten ist minimal, er formt „gar et“ zu „°nö:,°“ um, (ii) des Patienten ebenfalls (Z. 770), (iii) worauf beide die Möglichkeit zu sprechen ungeregelt verstreichen lassen und es kommt zu einer sehr langen Pause (3.1). Dieser Übergang (Zn. 772 zu 773) ist spannend, weil damit durch den Therapeuten angezeigt wird, dass diese Pause als Möglichkeit des Sprechens bzw. der erneuten Selbstwahl für den Patienten offen ist. Im Sinne des pragmatischen therapeutischen Ziels ist der Therapeut angehalten, darzulegen, dass er dem Patienten hilft. Dies geschieht jedoch nicht aktiv bspw. durch ein Fazit, eine Zusammenfassung oder ein Projektvorschlag. Das wiederum ist ein Hinweis, dass der Therapeut die Möglichkeit zur patientenseitigen Selbstexploration zulässt, jedoch nur minimal aktiv eingreift. Eine Themenentfaltung ist dispräferiert, aber möglich. Nach der Pause startet der Patient in Sektion 2 die Klage bzw. die Notwendigkeit eines WETEP neu, indem er steigend intoniert „weiß gar et warum,“.

Dies macht eine WETEP unmittelbar relevant, da indirekt nach dem Wissen des Therapeuten gefragt wird. Nach einer Pause (1.6) überprüft der Therapeut die Neuartigkeit der Beschwerde (Z. 775), worauf der Patient mit vorangeschalteter Verneinung minimal wiederholend (Z. 776) und der Therapeut ebenfalls minimal wiederholend (Z. 777) reagiert und eine Beschreibung anfügt, die eine weitere Explikation zwar nicht ausschließt, aber auch nicht relevant macht (außer ja/nein). Die Neuartigkeit der Beschwerde ist therapeutenseitig kein Anlass, die Relevanz hochzustufen, was der Patient in Sektion 3 ebenso interpretiert, da er die beiden nächsten Möglichkeiten der Explikation ungeregt verstreichen lässt (Zn. 778 und 780). Der Therapeut verlinkt in Sektion 4 die aktuelle mit der kommenden Stunde und stellt so minimal mögliche Kohäsion her, indem er auf die Kontinuität der Treffen verweist („continuity of care“ bei West, 2006: 415), bevor beide Teilnehmer in Sektion 5 gleichzeitig die Schlussgrußsequenz beschließen. Der Patient kommentiert die Stunde durch ein verbalisiertes Selbstkommentar (Z. 784), worauf der Therapeut nicht eingeht, es somit nicht als kommunikativ relevant betrachtet. In Insgesamt sieben Stunden (6, 8, 11, 12, 13, 15 und 19) wird ein letztes Thema bzw. eine Klage patientenseitig in die Beendigungssequenz eingeführt. Stunde 8 liegt auf der extremsten Seite der Ausführung eines Themas in der Beendigungssequenz, typisch ist Stunde 13 (s. IV.1.3.B Kommentierte Mittelstunde (13)), da dort zwar ein Thema wiedereröffnet, aber auch rasch geschlossen wird. Im Rekurs auf die Voraussetzungen von Beendigungen scheint es einen Prozess zu geben, wonach der Patient als kommunikativer Therapie-Neuling erst verstehen muss, welche Themen erlaubt sind, und wann diese sequentiell platziert werden können (Kairos). Für die Lernentwicklung spricht, dass es zwei frühe, vier mittlere und nur eine Endstunde mit Versuchen gibt, dispräferierte neue Themen *vor* der Schlussgrußsequenz einzubringen. Vergleichen wir dazu die kommentierten Beendigungstypen (2, 3, 6, 8, 13 und 29) als Versuche, neue Themen *nach* der Schlussgrußsequenz durchzusetzen, dann gibt es drei Übereinstimmungen zu den Stunden mit thematischen Extensionsversuchen (6, 8 und 13), zwei frühe Stunden (2 und 3) und die Ausnahme, die letzte Stunde (s. IV.1.3.C Kommentierte Endstunde (29)), in der der soziale Charakter von Beendigungen über eine konventionalisierte Partnergrußsequenz deutlich wurde. In Stunde 2 schließt der Patient ein

verbalisiertes Selbstkommentar an (s. Anhang Stunde-02-), das nicht weiter ausgeführt wird, und in Stunde 3 (s. IV.1.3.A Kommentierte Anfangsstunde (03)) habe ich zu zeigen versucht, dass es sich insofern um eine typische Kommentierung handelt, als der Therapeut die Äußerung des Patienten als nicht relevant markiert und (wie auch in Stunde 8 gezeigt wurde) mit einem Linking minimal Kohäsion herstellt. Die Beidseitigkeit des Anerkennungsprozesses der WETEP unterstützt die Lesart, wonach das zeitliche Auftreten der thematischen Extensionsversuche und der kommentierten Beendigungstypen (bis auf die letzte Stunde 29) Ausdruck eines beidseitigen Lernprozesses sind. Der kommunikative Widerstand, den der Patient in dieser Therapie über die beiden Versuche, Themen in und nach der Beendigungsphase zu platzieren, umfasst etwa ein Drittel der gesamten Beendigungen (10/28 Stunden, s.o.), worin die These, wonach Widerstandsarbeit elementar für die Therapie ist (Vehviläinen, 2008), Bestätigung erfährt. Es wurden im Umgang mit dem Dilemma des *open-topic closing* drei Typen herausgearbeitet: kompakte, gedehnte und kommentierte (s. IV.1 Typen therapeutischer Beendigungen). Dabei hängt das Erscheinen der unterschiedlichen Beendigungstypen mit dem zeitlichen Aspekt bzw. dem Prozess der Therapie zusammen; die drei Varianten finden sich in unterschiedlicher Häufigkeit im ersten, zweiten und dritten Teil der Therapie<sup>37</sup>. Es gibt eine Tendenz (1) zur kompakten Beendigung Richtung Ende der Therapie (2-4-7)<sup>38</sup>, (2) dass der kommentierte Typ (4-1-0) eher am Anfang auftritt und (3) dass die gedehnte Variante in etwa gleich (3-4-2) verteilt ist. Der Verlauf gestaltet sich so, dass (i) im ersten Drittel das einzige ist, in dem der kommentierte Typ mit vier Stunden am meisten Raum einnimmt, wobei der gedehnte drei und der kompakte Typ zwei Stunden umfassen, (ii) im zweiten Drittel die Beendigungssequenzen kompakt oder gedehnt, nur einmal kommentiert sind und (iii) im letzten Drittel der KZT neben sieben kompakten Beendigungen nur zwei gedehnt und keine kommentiert sind. Eine Ausnahme bildet die letzte Stunde, die kommentiert ist. Insgesamt gibt es 13 kompakte, neun gedehnte und sechs kommentierte Beendigungen.

---

<sup>37</sup> Zur Einteilung s. Anhang A Übersicht Stundenstatistik

<sup>38</sup> Darstellung wie folgt: (1. Drittel - 2. Drittel - 3. Drittel)



In der Abweichung zur mundanen Erwartung der Art der Themen und der Position ihrer sequentiellen Platzierung entstehen typische problematische Situationen (TPS) bei (1) der Vorbereitung (Übergang zwischen Gesprächskernbeendigung und Gesprächsbeendigungseinleitung bei Raitaniemi, 2014: 77-83), (2) der Initiierung der Beendigung von letzten Themen („moving towards closing“ bei Pavlidou, 2002), verknüpft mit der Beendigungseinleitung („opening up closings“ bei Schegloff & Sacks, 1973), (3) der Durchführung der Beendigung („moving out of closings“ bei Button, 1987) und (4) der Neueröffnung bzw. Kommentierung der Stunde („on having the last word“ bei S. E. Clayman, 1989: 681). Zur Vorbereitung der Themenbeendigung (1) wurde gezeigt, dass die Initiierungsregel der therapeutischen Selbstöffnung mit Problemen verbunden ist, wenn sie als letztes Thema eingeführt wird (s. IV.1.3.B Kommentierte Mittelstunde (13)). Neue Probleme sollten therapeutenseitig so früh wie möglich thematisiert bzw. bei der patientenseitigen Thematisierung geholfen werden (vgl. „help patients raise new problems early“ bei J. C. White et al., 1997: 165). Die Beendigung des letzten Themas (2) wird typischerweise mithilfe des *Dreischritts der therapeutischen Themenbeendigung* (3TT) therapeutenseitig unilateral und patientenseitig durch Verzicht, Ungesagtes einzufügen, etabliert. Schwierig wird die Themenbeendigung, da die interaktionale Abwägung eines patientenseitig offenen Themas die Beendigungssequenz suspendieren könnte (s. IV.1.2.B Gedehte Mittelstunde (14)). Da die Beendigungseinleitung von der erfolgreichen Themenbeendigung abhängt, und der Therapeut typischerweise beide Redezüge bzw. Sequenzen unilateral initiiert, verlagert die WETEP (s. IV.2 Schema der Beendigung) die beidseitige Prüfungssequenz in die Durchführung der Beendigung (3). Die sequentielle Position der WETEP ist nicht zu verlagern, deswegen könnte es hilfreich sein, wenn der Therapeut zuvor die bisherige Stunde zusammenfasst (vgl. „orientation statements“ bei J. C. White et al., 1997: 165). Die WETEP wird typischerweise problematisch, wenn die Teilnehmer über die Ratifizierung nicht einig sind (s. IV.1.2.A Gedehte Anfangsstunde (09)). Die Kommentierung (4) als Neueröffnung ist Ausdruck von Widerstand gegen die psychoanalytische Gesprächsanforderung des Dilemmas des *open-topic closing*, und negativ assoziiert mit der WETEP. Die Möglichkeit, therapeutenseitig einen Slot für die Ausarbeitung der WETEP zur Verfügung zu

stellen, scheint vielversprechend, um einerseits innerhalb der Beendigungssequenz, mit verkürzten Kommunikationsregeln, die Thematisierung offener Themen zu ermöglichen und andererseits die institutionellen Restriktionen (Themenwahl, *Chronos* und *Kairos*) zu berücksichtigen (vgl. „anything else?“ bei J. C. White et al., 1997: 165). Hilfreich für eine ‚erfolgreiche‘ Beendigung waren typische letzte Themen wie Verabredungen (s. IV.2 Schema der Beendigung), um die Kontinuität der sozialen Beziehung mit der Möglichkeit, beim kommenden Treffen auf offene Themen einzugehen, darzustellen.

Anhand einiger Beendigungssequenzen (s. besonders IV.1.2.C Gedehte Endstunde (21) und IV.1.3.B Kommentierte Mittelstunde (13)) habe ich zu zeigen versucht, dass in der beendigungsimplikativen Umgebung zwei psychoanalytische Diskursregeln, (i) die Grundregel der freien Assoziation (Aufhebung der kohärenten Darstellung) und (ii) die Initiierungsregel therapeutischer Selbstöffnung (Aufhebung der alltäglichen Reziprozitätsregel) wieder aufgehoben werden müssen, um die Beendigung gemeinsam durchzuführen. Der Therapeut leitet Beendigungen typischerweise (außer in zwei kompakten Beendigungen: Stunden 22 und 26) unilateral ein. Die Durchführung der Beendigung ist auf die Reetablierung von alltäglichen Diskursregeln (kohärente Darstellung und Reziprozitätsregel) angewiesen, um gemeinschaftlich durchgeführt zu werden. Diese gemeinschaftliche Durchführung wiederum ist nötig, da die WETEP durch den Patienten bestätigt werden muss und wiederum Ausdruck für eine erfolgreiche therapeutische Interaktion i.S.d. pragmatischen institutionellen Ziels ist. Die therapeutische Interaktion als kommunikatives Genre setzt mit dem pragmatischen Ziel der „talking cure“ (Freud, 1970: 263) darauf, dass der Patient „cure“ bzw. Hilfe erfährt und muss am Ende einer Sitzung darstellen, dass dem Patienten geholfen wurde. Dass die Ratifikation der WETEP und eine gelingende Herstellung der Beendigung mithilfe von sprachlich-interaktiven Mitteln (statt epistemischer Autorität) gemeinsam vollzogen werden muss, habe ich mit dem Dilemma des *open-topic closing* zu fassen versucht. Wenn es zunächst gilt, Vertrauen für das therapeutische Gesprächsformat zu gewinnen und aufrecht zu erhalten, ist die Reetablierung mundaner Diskursregeln eine besondere Herausforderung. Da die Lösung aus dem interaktionalen Erwartungsraum (Heath, 1986) eine ritualisierte Form aufweist

(Coppock, 2005; Davidson, 1978; Firth, 1972; Goffman, 1967a; Schegloff & Sacks, 1973), sind Abweichungen „höchst riskant für die Beziehung der Gesprächspartner“ (Raitaniemi, 2014: 48). Die Vorbereitung der Beendigung wird so zu einer sozial heiklen (Sprach-)Handlung (vgl. „predicates“ bei Schegloff, 1990: 61) mit (notwendig) geregelten Redezugzuweisungen („prelimaries to preliminaries“ bei Schegloff, 1980). Die Suspension psychoanalytischer Diskursregeln nach Eintritt in die Beendigungssequenz fordert von beiden Teilnehmern die gemeinsame Leistung, eine mundane Interaktionsstruktur zu etablieren, mit der zuvor gebrochen wurde. Für den Therapeuten bedeutet dies, (i) die Beendigung unilateral zu initiieren und (ii) die Relevanz von Kohäsion und Reziprozität für eine gemeinsame Konstruktion der Beendigungsdurchführung wieder zu erhöhen. Der Patient ist als kompetenter Teilnehmer aufgefordert, (i) bei der Eröffnung der Beendigung auf die Äußerung von nicht Gesagtem zu verzichten und (ii) sich bei der Durchführung der Beendigung durch WETEP zu beteiligen. Ziel ist, eine WETEP vorzunehmen, die gemeinsam verhandelt, aber inhaltlich offengelassen wird. Damit nimmt die WETEP zwei Funktionen ein: (1) die Prüfung des pragmatischen therapeutischen Ziels für die aktuelle Sitzung als Grundlage gelingender Zusammenarbeit und (2) die Vorbereitung der Möglichkeit weiterer Treffen. Es ist ein kleines Kunststück, die aktuelle Stunde als Ausdruck gelungener Zusammenarbeit kompetenter Teilnehmer zu schließen und zugleich die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung mitzubewegen. Auch, wenn es in der therapeutischen Behandlung um psychologische Konflikte einer Person geht, sollte die therapeutische Arbeit nicht die ‚ganze Person‘ zu fassen suchen, sondern ihr konkretes Erleben und Verhalten zum Gegenstand machen. So kann der Patient zugleich kompetent eingebunden und behandlungsbedürftig sein. Der konversationelle Umgang mit dem therapeutischen Dilemma am Gesprächsende ist also entscheidend für die weitere Wahrnehmung und Gestaltung der sozialen Beziehung zwischen den Teilnehmern<sup>39</sup>. Vielleicht meint S. Freud (1937) auch dieses Dilemma, wenn er die therapeutische

---

<sup>39</sup> Das psychoanalytische Konzept der Nachträglichkeit (Übersicht bei Eickhoff, 2005) nimmt an, dass die Ursache der Wahrnehmung deren Wirkung im Bewusstsein nachläuft. Zunächst wirkt die Wahrnehmung auf uns ein, danach schreiben wir der Wirkung eine Ursache zu. Diesen Transformationsprozess beeinflusst die soziale Beziehung insofern, als sie Verknüpfungen zwischen Irritation der mundanen Erwartungsverletzung (Wirkung) und pragmatischem therapeutischen Ziel (Ursache) nachträglich als Kontinuität einer gemeinsamen Entwicklungsaufgabe verstehbar macht.

Profession als „unmöglichen Beruf“ bezeichnet. Aus konversationsanalytischer Sicht habe ich zu zeigen versucht, dass diejenigen Beendigungssituationen, in denen eine Therapieerfolgsprüfung nicht *wechselseitig* vollzogen werden kann, sich als typischerweise problematische Situationen darstellen.

Begrenzungen dieser Arbeit liegen in (i) der unimodalen Datenanalyse (ohne prosodische Feinanalyse<sup>40</sup> oder Einbezug gestisch-mimischer Expressionen<sup>41</sup>) von audiographierten Therapieinteraktionen, was die Untersuchung von Übergängen *in* die Beendigung einschränkt (J. White et al., 1994), (ii) dem Alter der Daten der vorliegenden Therapie, die aus den 80er Jahren stammen, was mittlerweile mehr als zwei Jahrzehnte zurückliegt, und sich auf die Aktualität verwendeter theoretischer Konzepte auswirken könnte, die einem kontinuierlichen Wandeln unterzogen sind, (iii) die Restriktion auf eine Therapie und eine Sprache, wobei eine komparative Studie (beispielsweise finnische und deutsche Telefongespräche bei Raitaniemi, 2014) z.B. persönliche vs. apersonale oder sprachenspezifische vs. -übergreifende Mechanismen herausarbeiten kann, (iv) keine Beobachtervalidierung erfolgt ist, (v) vier Stunden nicht feinanalytisch untersuchbar waren, da sie nicht GAT-transkribiert sind (Stunden 15, 18, 19 und 22), (vi) nicht spezifisch auf den Dialekt der Teilnehmer der Therapie und (vii) die triadische Konstellation von Stunde 20 eingegangen wurde.

Zukünftige Forschung könnte in den Blick nehmen, wie Beendigungspraktiken therapeutischer Interaktionen (i) multimodal, (ii) aus aktuellen Therapiedaten, (iii) schulen- und therapeutenübergreifender Sitzungen und (iv) mithilfe des Einbezugs anderer Forscher gestaltet werden. Besonders gewinnbringend könnten dabei (i) die Untersuchung der Übergänge von Gesprächskern zu Themenbeendigung und Beendigungseinleitung, (ii) die Differenzierung von *wechselseitigen Therapieerfolgsprüfungen* (WETEP) bezogen auf ihre Art (offen, schließend) und den Einfluss auf die Beendigungsdurchführung, (iii) der Einbezug thematisch übergreifender Einheiten, bspw. Beendigung der einen und Eröffnung der nächsten Stunde, und (iv) der Einfluss bestimmter Marker

---

<sup>40</sup> Konversationsanalytische Forschung unter Einbezug prosodischer Merkmale zu finden beispielsweise bei Buchholz (2014).

<sup>41</sup> Exemplarisch sei auf Goodwin (2006) verwiesen, der an einem an Aphasie erkrankten Mann zeigt, dass Multimodalität eine entscheidende Funktion in Interaktion einnimmt.

Open-topic closing | V. Diskussion

(Grenzmarkierungen, Deplatziertheitsmarker, kohäsive Marker usf.) bei der Gestaltung des *Dreischritts der therapeutischen Themenbeendigung* (3TT) sein.

## Literaturverzeichnis

- Adato, A. (1975). Leave-taking: A study of commonsense knowledge of social structure. *Anthropological Quarterly*, 255-271.
- Alder, M.-L., Brakemeier, E.-L., Dittmann, M. M., Dreyer, F., & Buchholz, M. B. (2015). Empathie-Chance - Fehlleistungen als Projekt-Artikulation. *Psychotherapieforum (in Druck)*.
- Ambühl, H. (1996). Die Heuristik-Rating-Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *ZEITSCHRIFT FÜR KLINISCHE PSYCHOLOGIE PSYCHOPATHOLOGIE UND PSYCHOTHERAPIE*, 44, 391-414.
- Antaki, C. (2002). "Lovely": Turn-initial high-grade assessments in telephone closings. *Discourse Studies*, 4(1), 5-23.
- Arminen, I. (2000). On the context sensitivity of institutional interaction. *Discourse & Society*, 11(4), 435-458.
- Aston, G. (1992). *What it takes to close a service encounter: a study in contrastive pragmatics*: CLUEB.
- Aston, G. (1995). Say 'Thank you': Some pragmatic constraints in conversational closings. *Applied Linguistics*, 16(1), 57-86.
- Atkinson, J. M. (1982). Understanding formality: the categorization and production of 'formal' interaction. *British Journal of Sociology*, 86-117.
- Atkinson, J. M., & Heritage, J. (1984). *Structures of social action*: Cambridge University Press.
- Auer, P. (1990). Rhythm in telephone closings. *Human studies*, 13(4), 361-392.
- Auer, P. (2013). *Sprachliche Interaktion: eine Einführung anhand von 22 Klassikern*: Walter de Gruyter.
- Bardovi-Harling, K., Hartford, B. A., Mahan-Taylor, R., Morgan, M. J., & Reynolds, D. W. (1991). Developing pragmatic awareness: Closing the conversation. *ELT journal*, 45(1), 4-15.
- Beach, W. A. (1993). Transitional regularities for 'casual' "Okay" usages. *Journal of Pragmatics*, 19(4), 325-352.
- Beach, W. A. (1995). Conversation analysis: "Okay" as a clue for understanding consequentiality. *The consequentiality of communication*, 121-161.
- Beckerman, B. (1985). Shakespeare Closing. *Kenyon Review*, 79-95.
- Bergmann, J. (2000a). Die Macht des Wortes *Macht und Abhängigkeit* (pp. 120-131): Springer.
- Bergmann, J. (2000b). Ethnomethodologie. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 118-135). Reinbeck: Rowohlt.
- Bergmann, J., Dolschus, D., Finke, H., & Nazarkiewicz, K. (2006). „Tough decision, can you go along with it?“. Paper presented at the The safety relevance of opening up and closing decisions in cockpit communication when dealing with technical troubles in line-oriented flight trainings. Talk at the International Conference on Conversation Analysis.
- Bergmann, J. R. (1974). *Der Beitrag Harold Garfinkels zur Begründung des ethnomethodologischen Forschungsansatzes*: Univ.
- Bergmann, J. R. (1981). Ethnomethodologische Konversationsanalyse. *Dialogforschung*, Düsseldorf: Schwann, 9-52.
- Bergmann, J. R. (1985). Flüchtigkeit und methodische Fixierung sozialer Wirklichkeit: Aufzeichnungen als Daten der interpretativen Soziologie. *Entzauberte Wissenschaft: Zur Relativität und Geltung soziologischer Forschung*.
- Betholia, C. (2009). Entries and exits: An analysis of greetings and leave taking in Meitei speech community. *Mon-Khmer Studies*, 38, 105-116.

- Bilmes, J. (1988). The concept of preference in conversation analysis. *Language in Society*, 17(02), 161-181.
- Blommaert, J. (2006). *Ethnography as counter-hegemony: Remarks on epistemology and method*. Paper presented at the International Literacy Conference, Cape Town.
- Blumer, H. (1954). What is wrong with social theory? *American sociological review*, 3-10.
- Bohnsack, R. (2005). *Standards nicht-standardisierter Forschung in den Erziehungs- und Sozialwissenschaften*: Springer.
- Böhringer, D. (2011). Verabredungen am Gesprächsende—dargestellt am Beispiel von Gesprächen im Jobcenter.
- Brody, H. (1994). "My story is broken; can you help me fix it?": Medical ethics and the joint construction of narrative. *Literature and Medicine*, 13(1), 79-92.
- Buchholz, M. B. (2014). Patterns of empathy as embodied practice in clinical conversation—a musical dimension. *Frontiers in psychology*, 5.
- Buchholz, M. B., & Kächele, H. (2013). Conversation Analysis: A Powerful Tool for Psychoanalytic Practice and Psychotherapy Research. *Language and Psychoanalysis*.
- Buchholz, M. B., & Kächele, H. (2015). *Conversational Aspects of the Unconscious - Project-related Empathy. Data from a Short-Term Therapy with an Obsessive-Compulsive Patient*. Boston. Congress of the International Psychoanalytic Association.
- Buchholz, M. B., & Reich, U. (2015). Dancing Insight. How Psychotherapists use change of Positioning in order to complement split-off areas of experience.
- Button, G. (1985). *Social Organisation of Topic Closure in Naturally Occuring Conversation*: Economic and Social Research Council.
- Button, G. (1987). Moving out of closings. *Talk and social organization*, 10, 11.
- Button, G. (1990). On varieties of closings. *Interaction competence*, 93, 148.
- Button, G. (1991). Conversation-in-a-series. *Talk and social structure: Studies in ethnomethodology and conversation analysis*, 251-277.
- Chomsky, N. (2002). *Syntactic structures*: Walter de Gruyter.
- Chubak, L. E. C. (2012). *"I FEEL LIKE A BAG LADY": PERSONAL INTERSTICES, SELF-DISCLOSURES AND EMPATHETIC AFFILIATION DURING WORKPLACE MEETINGS*. University of Toronto.
- Clark, H. H. (1996). *Using language*: Cambridge university press.
- Clark, H. H. (2006). Social actions, social commitments. *Roots of human sociality: Culture, cognition and interaction*, 126-150.
- Clark, H. H., & French, J. W. (1981). Telephone goodbyes. *Language in Society*, 10(01), 1-19.
- Clark, H. H., Schreuder, R., & Buttrick, S. (1983). Common ground at the understanding of demonstrative reference. *Journal of verbal learning and verbal behavior*, 22(2), 245-258.
- Clayman, S., & Heritage, J. (2002). *The news interview: Journalists and public figures on the air*: Cambridge University Press.
- Clayman, S. E. (1989). The production of punctuality: Social interaction, temporal organization, and social structure. *American journal of sociology*, 659-691.
- Clayman, S. E. (2013). Turn-Constructional Units and the Transition-Relevance Place. *The handbook of conversation analysis*, 151-166.
- Coppock, L. (2005). Politeness strategies in conversation closings. *unpublished paper available online at <http://www.stanford.edu/~coppock/face.pdf> (last accessed 23 December 2007)*.
- Czogalik, D., & Russell, R. L. (1995). Interactional structures of therapist and client participation in adult psychotherapy: P technique and chronography. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 28.
- Dahlbender, R., Kächele, H., Frevert, G., & Schneckeburger, S. (1995). Formalisierte Fokusformulierung in der Psychotherapie. *Fundamenta Psychiatrica*, 9, 191-201.

- Dahlbender, R. W., Albani, C., & Kächele, H. (1997). Wünsche und ihre Ver-Bindungen: eine Einzelfallstudie mit der Methode der Zentralen Beziehungsmuster. *Journal für Psychologie*, 5, 1.
- Dahlbender, R. W., Erena, C., Reichenauer, G., & Kächele, H. (2001). Meisterung konflikthafter Beziehungsmuster im Verlaufe einer psychodynamischen Fokalthherapie. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 51(3/4), 176-185.
- Davidson, J. (1978). An instance of negotiation in a call closing. *Sociology*, 123-133.
- De Ruiter, J. P., Mitterer, H., & Enfield, N. J. (2006). Projecting the end of a speaker's turn: A cognitive cornerstone of conversation. *language*, 515-535.
- DeMarco, N. (2014). "Well, Okay, Be Sure to Watch!": An Examination of Closings in Talk Show Interviews. *EDITORIAL STAFF*, 5.
- Deppermann, A. (2010). Konversationsanalyse und diskursive Psychologie *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (pp. 643-661): Springer.
- Deppermann, A. (2014). Konversationsanalyse: elementare Interaktionsstrukturen am Beispiel der Bundespressekonferenz.
- Deppermann, A., & Lucius-Hoene, G. (2008). Positionierung als Verfahren der Interaktionskontrolle: Thematisierung, De-Thematisierung und symbolische Aufhebung des Abschieds in der letzten Stunde der Therapie" Amalie".
- Devereux, G. (1992). *Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften*: Suhrkamp.
- Durkheim, E., König, R., & König, R. (1984). *Die Regeln der soziologischen Methode*: Suhrkamp Frankfurt aM.
- Ehlich, K. (1979). Formen und Funktionen von 'HM'. Eine phonologisch-pragmatische Analyse. *Die Partikeln der deutschen Sprache*. Berlin, New York, 503-517.
- Ehlich, K. (1991). Funktional-pragmatische Kommunikationsanalyse. Ziele und Verfahren. *Verbale Interaktion. Studien zur Empirie und Methodologie der Pragmatik*. Stuttgart: Metzler, 127-143.
- Ehlich, K., & Rehbein, J. (1986). *Muster und Institution: Untersuchungen zur schulischen Kommunikation* (Vol. 15): Gunter Narr Verlag.
- Eickhoff, F.-W. (2005). Über Nachträglichkeit: Die Modernität eines alten Konzepts. *Jahrbuch Der Psychoanalyse*, 51, 139-161.
- Erickson, F., & Shultz, J. J. (1982). *The counselor as gatekeeper: Social interaction in interviews*: Academic Press.
- Firth, R. (1972). Verbal and bodily rituals of greeting and parting. *The interpretation of ritual*, 1972, 1-38.
- Flader, D., & Grodzicki, W.-D. (1978). Hypothesen zur Wirkungsweise der psychoanalytischen Grundregel. *Psyche*, 32(7), 545-594.
- Freud. (1970). Studien über Hysterie. GW 1 (pp. 75-312): Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Freud, S. (1914). Erinnern, wiederholen und durcharbeiten. *GW X*, 4.
- Freud, S. (1937). *Die endliche und die unendliche Analyse* (Vol. 16): GW.
- Freud, S. (1989). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse (1932). *GW, Bd, 15*, 86.
- Freud, S. (1996). Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung *GESAMMELTE WERKE: VIII: CHRONOLOGISCH GEORDNET* (pp. 376-387).
- Galinski, A. (2004). Zweierlei Perspektiven auf Gespräche: Ethnomethodologische Konversationsanalyse und Diskursanalyse im kontrastiven Vergleich. *Essen: LINSE Linguistik Server Essen*. Online im Internet: [http://www.linse.uni-due.de/linse/esel/pdf/konversation\\_diskurs.pdf](http://www.linse.uni-due.de/linse/esel/pdf/konversation_diskurs.pdf) [Zugriff 2.6. 2011].
- Garfinkel, H. (1956). Conditions of successful degradation ceremonies. *American journal of sociology*, 420-424.
- Garfinkel, H. (1964). Studies of the routine grounds of everyday activities. *Social problems*, 11(3), 225-250.



- Garfinkel, H. (1967a). Passing and the managed achievement of sex status in an "intersexed" person. *The transgender studies reader*, 58-93.
- Garfinkel, H. (1967b). Studies in ethnomethodology.
- Garfinkel, H. (1986). Ethnomethodological studies of work. *Studies*.
- Glaser, B. G. (1978). Advances in the methodology of grounded theory: Theoretical sensitivity: Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2009). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*: Transaction Publishers.
- Goffman, E. (1967a). Interaction ritual: essays on face-to-face interaction.
- Goffman, E. (1967b). On face-work. *Interaction ritual*, 5-45.
- Goffman, E. (1983). The interaction order: American Sociological Association, 1982 presidential address. *American sociological review*, 1-17.
- Goffman, E., Wiggershaus, R., & Wiggershaus, R. (1982). *Das Individuum im öffentlichen Austausch: Mikrostudien zur öffentlichen Ordnung*: Suhrkamp Frankfurt am Main.
- Goodwin, C. (2006). Human sociality as mutual orientation in a rich interactive environment: Multimodal utterances and pointing in aphasia. *Roots of human sociality: Culture, cognition and interaction*, 97-125.
- Greenson, R. R. (1993). *Psychoanalytische Erkundungen*: Klett-Cotta.
- Grice, H. (2000). Logik und Konversation. *Sprachwissenschaft: ein Reader*, 2, 163.
- Gruber, H. (1998). Disagreeing: Sequential placement and internal structure of disagreements in conflict episodes. *Text-Interdisciplinary Journal for the Study of Discourse*, 18(4), 467-504.
- Harren, I., & Raitaniemi, M. (2008). The sequential structure of closings in private German phone calls. *Gesprächsforschung online*, 9, 198-223.
- Hartford, B. S., & Bardovi-Harlig, K. (1992). Closing the conversation: Evidence from the academic advising session. *Discourse Processes*, 15(1), 93-116.
- Heath, C. (1986). *Body movement and speech in medical interaction*: Cambridge University Press.
- Helmer, H. (2011). Die Herstellung von Kohärenz in der Interaktion durch Turnanschlüsse mit dann. *Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung*. URL: [www.verlag-gespraechsforschung.de/](http://www.verlag-gespraechsforschung.de/)[Letzter Zugriff 09.12. 2012].
- Heritage, J. (1998). Oh-prefaced responses to inquiry. *Language in Society*, 27(03), 291-334.
- Heritage, J. (2005). Conversation analysis and institutional talk. *Handbook of language and social interaction*, 103-147.
- Heritage, J., & Watson, D. R. (1979). Formulations as conversational objects. *Everyday language: Studies in ethnomethodology*, 123-162.
- Holmes, J. (1997). 'TOO EARLY, TOO LATE': ENDINGS IN PSYCHOTHERAPY-AN ATTACHMENT PERSPECTIVE. *British Journal of Psychotherapy*, 14(2), 159-171.
- Hölzer, M., Scheytt, N., Pokorny, D., & Kächele, H. (1990). Das "Affektive Diktionär". *Ein Vergleich des emotionalen Vokabulars von Student und Stürmer*. *PPmP-Diskjournal*, 1.
- Houtkoop-Steenstra, H. (1987). *Establishing agreement: An analysis of proposal-acceptance sequences* (Vol. 4): Mouton De Gruyter.
- Imo, W. (2009). Konstruktion oder Funktion? Erkenntnisprozessmarker ('change-of-state tokens') im Deutschen. *Günthner, Susanne und Jörg Bückler (eds.): Konstruktionen in der Argumentation*. Berlin.
- Jäger, K.-H. (1976). Zur Beendigung von Dialogen. *Projekt Dialogstrukturen. Ein Arbeitsbericht*. München: Max Huber, 105-136.
- Jefferson, G. (1973). A case of precision timing in ordinary conversation: overlapped tag-positioned address terms in closing sequences. *Semiotica*, 9(1), 47-96.
- Jefferson, G. (1978). What's in a 'Nyem'? *Sociology*, 135-139.

- Jefferson, G. (1981). Caveat speaker: A preliminary exploration of shift implicative reciprocity in the articulation of topic. *Final report to the British Social Science Research Council*.
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. *PRAGMATICS AND BEYOND NEW SERIES*, 125, 13-34.
- Jucker, A. H. (1993). The discourse marker well: A relevance-theoretical account. *Journal of Pragmatics*, 19(5), 435-452.
- Kächele, H., & Albani, C. (2001). Die Arbeit an einem zentralen Beziehungsmuster als Musterbeispiel klinisch relevanter Empirie *Psychodynamische Konzepte* (pp. 169-190): Springer.
- Kachele, H., Heldmaier, H., & Scheytt, N. (1990). Fokusformulierungen als katamanestische Leitlinien. *Psychother Med Psychol*, 35, 205-216.
- Kächele, H., Scheytt, N., & Schwendele, W. (1999). Der Student-eine detaillierte Verlaufsbeschreibung.
- Kächele, H., & Schwendele, W. (1987). Systematische Beschreibung einer Kurztherapie. "Student". Kurzfassung (unveröffentlicht). *Projekt PEP am Sonderforschungsbereich 129 der Universität Ulm*.
- Kneer, G., & Schroer, M. (2009). *Handbuch Soziologische Theorien*: Springer.
- Koerfer, A. (2013). *Institutionelle Kommunikation: zur Methodologie und Empirie der Handlungsanalyse*: Springer-Verlag.
- Koerfer, A., & Koehle, K. (2007). Kooperatives Erzählen. Zur Konstruktion von Patientengeschichten in der ärztlichen Sprechstunde. Redder, Angelika (Hg.): *Diskurse und Texte-Festschrift für Konrad Ehlich zum, 65*, 629-639.
- Koerfer, A., & Neumann, C. (1982). Alltagsdiskurs und psychoanalytischer Diskurs. Aspekte der Sozialisierung der Patienten in einen 'ungewöhnlichen' Diskurstyp [Everyday discourse and psychoanalytic discourse. Aspects of socialization into an unusual type of discourse]. *Psychoanalyse als Gespräch Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*, 96-137.
- Lakoff, R. T. (1980). Psychoanalytic discourse and ordinary conversation. *Interfaces*, 8, 2-7.
- Leber, M. (1994). Objektiv-hermeneutische Analyse einer Sequenz aus der vierzehnten Stunde einer psychoanalytischen Kurztherapie *Heilen, Forschen, Interaktion* (pp. 225-259): Springer.
- Lerner, G. H. (1996). Finding" face" in the preference structures of talk-in-interaction. *Social Psychology Quarterly*, 303-321.
- Lerner, G. H. (2004). *Conversation analysis: Studies from the first generation* (Vol. 125): John Benjamins Publishing.
- Levinson, S. C. (1992). Activity types and language *Talk at work: Interaction in institutional settings* (pp. 66-100): Cambridge University Press.
- Levinson, S. C. (2006). *On the human "interaction engine"*. Paper presented at the Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research, Symposium 134.
- Martínez, E. R. (2003). Accomplishing closings in talk show interviews: A comparison with news interviews. *Discourse Studies*, 5(3), 283-302.
- Maynard, D. W., & Schaeffer, N. C. (2002). Opening and closing the gate: The work of optimism in recruiting survey respondents. *Standardization and tacit knowledge. Interaction and practice in the survey interview*, 179-205.
- Meier, C. (2002). Arbeitsbesprechungen. Interaktionsstruktur, Interaktionsdynamik und Konsequenzen einer sozialen Form. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Michael B. Buchholz, Jörg Bergmann, Marie-Luise Alder, Michael M. Dittmann, Florian Dreyer, Lara Scherer, . . . Kächele, H. (in Druck). Architekturen der Empathie - erste Erfahrungen aus einem konversationsanalytischen Projekt. *Psychotherapieforum (in Druck)*.

- Mol, A. (1993). What is new? Doppler and its others. An empirical philosophy of innovations. *COLLOQUES-INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE COLLOQUES ET SEMINAIRES*, 107-107.
- Oetzel, J., Ting-Toomey, S., Masumoto, T., Yokochi, Y., Pan, X., Takai, J., & Wilcox, R. (2001). Face and facework in conflict: A cross-cultural comparison of China, Germany, Japan, and the United States. *Communication Monographs*, 68(3), 235-258.
- Parsons, T. (1949). *The structure of social action* (Vol. 491): Free Press New York.
- Parsons, T. (2007). *An Outline of the Social System [1961]*: na.
- Parsons, T. (2013). *Social system*: Routledge.
- Pavlidou, T. (1997). The last five turns: preliminary remarks on closings in Greek and German telephone calls. *International journal of the sociology of language*, 126(1), 145-162.
- Pavlidou, T. (1998). Greek and German telephone closings: Patterns of confirmation and agreement. *Pragmatics*, 8, 79-94.
- Pavlidou, T. (2002). Moving towards closing: Greek telephone calls between familiars. *PRAGMATICS AND BEYOND NEW SERIES*, 201-232.
- Peräkylä, A. (2004). Making links in psychoanalytic interpretations: A conversation analytical perspective. *Psychotherapy Research*, 14(3), 289-307.
- Peräkylä, A. (2010). Shifting the perspective after the patient's response to an interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(6), 1363-1384.
- Peräkylä, A., & Vehviläinen, S. (2003). Conversation analysis and the professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society*, 14(6), 727-750.
- Pomerantz, A. (1984). Agreeing and disagreeing with assessments: Some features of preferred/dispreferred turn shaped.
- Psathas, G., & Anderson, T. (1990). The 'practices' of transcription in conversation analysis. *Semiotica*, 78(1-2), 75-100.
- Puchta, C., & Wolff, S. (2003). *Diskursanalysen institutioneller Gespräche—das Beispiel von ‚Focus Groups‘*: Springer.
- Radford, J., Blatchford, P., & Webster, R. (2011). Opening up and closing down: How teachers and TAs manage turn-taking, topic and repair in mathematics lessons. *Learning and Instruction*, 21(5), 625-635.
- Raitaniemi, M. (2006). Zur analytischen Erfassung von sprachlicher Formelhaftigkeit. Eine Analyse anhand einiger typischer Gesprächsschritte in Beendigungsphasen von finnischen und deutschen Telefonaten. *Anne Arold/Dieter Cherubim/Dagmar Neuendorff/Henrik Nikula (Hg.): Deutsch am Rande Europas. Tartu: Tartu University Press (= Humaniora: Germanistica 1)*, 218-231.
- Raitaniemi, M. (2014). Die Beendigung von finnischen und deutschen Telefonaten. Eine interaktionslinguistische, kontrastierende Untersuchung.
- Robinson, J. D. (2001). Closing medical encounters: two physician practices and their implications for the expression of patients' unstated concerns. *Social science & medicine*, 53(5), 639-656.
- Rosulek, L. F. (2014). *Dueling Discourses: The Construction of Reality in Closing Arguments*: Oxford University Press.
- Ruusuvuori, J., Voutilainen, L., Haakana, M., Laakso, M., & Lindström, J. (2009). Comparing interaction in different types of health care encounter. *Talk in interaction. Comparative dimensions*, 206-230.
- Sacks, H. (1972). On the analyzability of stories by children. In J. J. G. D. Hymes (Ed.), *Directions in sociolinguistics: The Ethnography of communication* (pp. 325-345). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Sacks, H. (1984). Notes on methodology. *Structures of social action: Studies in conversation analysis*, 21-27.

- Sacks, H. (1987). On the preferences for agreement and contiguity in sequences in conversation. *Talk and social organization*, 54, 69.
- Sacks, H. (1992). The baby cried. The mommy picked it up. *Lectures on conversation*, 1, 236-242.
- Sacks, H. (1995). *Lectures on conversation: volumes I & II*. Oxford: Blackwells.
- Sacks, H., Schegloff, E. A., & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *language*, 696-735.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*: Guilford Press.
- Saville-Troike. (2003). *The Ethnography of Communication. An Introduction* (Third edition ed.). Malden, Oxford, Melbourne, Berlin: Blackwell Publishing Lt.
- Schegloff, & Sacks. (1973). Opening up closings. *Semiotica*, 8(4), 289-327.
- Schegloff, E. A. (1980). Preliminaries to preliminaries: "Can I ask you a question?". *Sociological inquiry*, 50(3-4), 104-152.
- Schegloff, E. A. (1990). On the organization of sequences as a source of "coherence" in talk-in-interaction. *Conversational organization and its development*, 38, 51-77.
- Schegloff, E. A. (1992a). In another context. *Rethinking context: Language as an interactive phenomenon*(11), 191.
- Schegloff, E. A. (1992b). Repair after next turn: The last structurally provided defense of intersubjectivity in conversation. *American journal of sociology*, 1295-1345.
- Schegloff, E. A. (1996a). Issues of relevance for discourse analysis: Contingency in action, interaction and co-participant context *Computational and conversational discourse* (pp. 3-35): Springer.
- Schegloff, E. A. (1996b). Turn organization: One intersection of grammar and interaction. *Studies in Interactional Sociolinguistics*, 13, 52-133.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: Volume 1: A primer in conversation analysis* (Vol. 1): Cambridge University Press.
- Schegloff, E. A., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *language*, 361-382.
- Schegloff, E. A., & Sacks, H. (1973). Opening up closings. *Semiotica VIII: 4*, 290-327.
- Schenkein, J. (2014). *Studies in the organization of conversational interaction*: Academic Press.
- Schmitt, R., & Knöbl, R. (2013). Recipient design aus multimodaler Sicht1. *Deutsche Sprache. Jg*, 41, 242-276.
- Schneider, W. L. (2002). *Grundlagen der soziologischen Theorie*: Springer.
- Schütz, A. (1932). Grundzüge einer Theorie des Fremdverstehens *Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt* (pp. 106-155): Springer.
- Schütz, A. (1971). *Gesammelte Aufsätze: I Das Problem der sozialen Wirklichkeit* (Vol. Auflage: 1972 (1971)).
- Searle, J. R. (1969). Was ist ein Sprechakt. 1996), *Sprachwissenschaft. Ein Reader*, 143-162.
- Searle, J. R. (1995). *The construction of social reality*: Simon and Schuster.
- Searles, H. F., & Eicke, D. (1974). *Der psychoanalytische Beitrag zur Schizophrenieforschung*: Kindler München.
- Selting, M. (2000). The construction of units in conversational talk. *Language in Society*, 29(04), 477-517.
- Selting, M. (2007). Beendigung (en) als interaktive Leistung. *Hausendorf, Heiko (Hg.): Sprache als Prozess. Tübingen: Narr*, 307-338.
- Simmel, G. (1994). *Das Problem der historischen Zeit*: Wissenschaftlicher Verlag.
- Simmel, G. (2015). *Soziologie: untersuchungen über die formen der vergesellschaftung*: BoD–Books on Demand.

- 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 storytelling: When nodding is a token of affiliation. *Research on language and social interaction*, 41(1), 31-57.
- Stommel, W., & te Molder, H. (2015). Counseling Online and Over the Phone: When Preclosing Questions Fail as a Closing Device. *Research on language and social interaction*.
- Strauß, B., Strupp, H., Burgmeier-Lohse, M., Wille, H., & Storm, S. (1992). Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 40(4), 411-430.
- Sun, H. (2005). Collaborative strategies in Chinese telephone conversation closings: balancing procedural needs and interpersonal meaning making. *Pragmatics*, 15(1), 109-128.
- Ten Have, P. (1990). Methodological Issues in Conversation Analysis. *Bulletin de méthodologie sociologique*, 27(1), 23-51.
- Ten Have, P. (1997). *In the presence of data: conversation-analysis as 'empirical philosophy'*. Paper presented at the conference on Ethnomethodology, an improbable sociology, Cerisy-la-Salles, France.
- Thompson, S. A., Fox, B. A., & Couper-Kuhlen, E. (2015). *Grammar in Everyday Talk. Building Responsive Actions* (Vol. 31). United Kingdom: University Printing House, Cambridge CB2 8BS.
- Ting-Toomey, S. (1994). Face and facework: An introduction. *The challenge of facework*, 1-14.
- Vehviläinen, S. (2003). Preparing and delivering interpretations in psychoanalytic interaction. *TEXT-THE HAGUE THEN AMSTERDAM THEN BERLIN-*, 23(4), 573-606.
- Vehviläinen, S. (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. *Conversation analysis and psychotherapy*, 120-138.
- Voutilainen, L., & Peräkylä, A. (2014). Therapeutic conversation. *Handbook of Pragmatics*.
- Weiste, E., & Peräkylä, A. (2013). A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. *Research on language and social interaction*, 46(4), 299-321.
- West, C. (2006). Coordinating closings in primary care visits: producing continuity of care. *Studies in Interactional Sociolinguistics*, 20, 379.
- Whalen, M. R., & Zimmerman, D. H. (1987). Sequential and institutional contexts in calls for help. *Social Psychology Quarterly*, 172-185.
- White, J., Levinson, W., & Roter, D. (1994). Oh, by the way.... *Journal of general internal medicine*, 9(1), 24-28.
- White, J. C., Rosson, C., Christensen, J., Hart, R., & Levinson, W. (1997). Wrapping things up: a qualitative analysis of the closing moments of the medical visit. *Patient education and counseling*, 30(2), 155-165.
- Wolff, S., & Meier, C. (1995). *Das konversationsanalytische Mikroskop: Beobachtungen zu minimalen Redeannahmen und Fokussierungen im Verlauf eines Therapiegesprächs*: Springer.
- Wright, M. (2005). *Studies of the phonetics-interaction interface: Clicks and interactional structures in English Conversation*: University of York.
- Zimmerman, D. H., & Wakin, M. (1995). *Thank you's and the management of closings in emergency calls*. Paper presented at the 90th Annual Meeting of the American Sociological Association.

## Anhang

A Übersicht Stundenstatistik<sup>42</sup>

Einteilung	Länge (in min)	Therapiestunde	Wochentag	Ta_le_St <sup>43</sup>
<b>1. Drittel (Anfang)</b>	45,23	Stunde 1	Mo	
	45,37	Stunde 2	Mo	7,00
	46,40	Stunde 3	Mo	7,00
	42,38	Stunde 4	Mo	7,00
	42,16	Stunde 5	Mo	7,00
	45,29	Stunde 6	Do	10,00
	48,05	Stunde 7	Do	7,00
	47,37	Stunde 8	Mo	4,00
	43,20	Stunde 9	Mo	7,00
<b>2. Drittel (Mitte)</b>	49,24	Stunde 10	Mo	14,00
	46,59	Stunde 11	Mo	7,00
	48,35	Stunde 12	Mo	7,00
	46,14	Stunde 13	Mo	7,00
	42,46	Stunde 14	Mi	9,00
	50,37	Stunde 15	Mo	47,00
	48,34	Stunde 16	Mo	7,00
	44,54	Stunde 17	Mo	7,00
	43,48	Stunde 18	Mo	7,00
<b>3. Drittel (Ende)</b>	44,28	Stunde 19	Mo	7,00
	47,43	Stunde 20	Mo	7,00
	45,24	Stunde 21	Di	8,00
	42,07	Stunde 22	Mo	6,00
	---	Stunde 23	---	---
	44,47	Stunde 24	Mo	14,00
	45,48	Stunde 25	Mo	7,00
	44,27	Stunde 26	Mo	7,00
	47,47	Stunde 27	Mo	7,00
<b>Letzte Stunde</b>	46,00	Stunde 28	Mo	7,00
	43,37	Stunde 29	Mo	7,00
	<b>Σ 45,5</b>			<b>Σ 9,1</b>

<sup>42</sup> Ich danke Florian Dreyer für die Hilfe bei der Erstellung dieser Statistik.

<sup>43</sup> gezählt als der entsprechende Tag nach letzter Stunde; Bsp.: von Montag zu Montag=7. Tag

## B Eigenständigkeitserklärung

**Name, Vorname:** Michael M. Dittmann

**Matrikelnummer:** 1582

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit eigenständig ohne fremde Hilfe und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle sinngemäß und wörtlich übernommenen Textstellen aus der Literatur bzw. dem Internet habe ich als solche kenntlich gemacht.

**Ort, Datum:** Berlin, 11.03.2016

**Unterschrift:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Dittmann', with a long horizontal line extending to the right.





## Open-topic closing | Anhang

= Direkter Redeanschluss am Ende des Gesprochenen und am Anfang des Redeanschlusses. Bitte auch hier den Redeanschluss=

=direkt an der Position in der Zeile darunter beginnen.

#wort# in Knarrstimme gesprochen (creaky voice)

### **Pausen und Dehnung:**

(.) Mikropause

(-) kurze Pause (ca. 0.25 -.50 Sek.)

(--) mittlere Pause (ca. 0.50 Sek.)

(---) längere Pause (ca. 0.75 -.95 Sek.)

(2.0) gemessene Pause in Sek.

: ; :: ; ::: Dehnung, Längung, je nach Dauer, bitte genau ob z.B. da:s oder das:

### **Lautstärke:**

wOrt bei lauterem Sprechen innerhalb eines Wortes

WORT wenn das ganze Wort laut gesprochen wird

°wort° Wort oder Phrase wird leise gesprochen

°°wort°° Wort oder Phrase wird sehr leise gesprochen

### **Betonung und Intonation:**

Wort oder wort Ein Wort oder nur ein Teil des Wortes wird betont

w↑ort bei auffällig steigender Intonation innerhalb eines Wortes

w↓ort bei auffällig fallender Intonation innerhalb eines Wortes

**diese Intonationszeichen nach dem gesprochenen Wort setzen:**

! Ausruf, Emphase

? hoch steigende Intonation, Frageintonation

,	mittel steigende Intonation
;	mittel fallende Intonation
.	fallende Intonation

**diese Intonationszeichen vor das gesprochene Wort/Phrase setzen:**

↑	auffälliger Tonhöhenprung nach oben
↓	auffälliger Tonhöhenprung nach unten

**Tempo:**

wo-	bei abrupt abgebrochenem Sprechen, glotaler Stop
>wort< ; >>wort<<	Wort oder Phrase wird schnell; sehr schnell gesprochen
<wort> ; <<wort>>	Wort oder Phrase wird langsam; sehr langsam gesprochen
(?wort?)	Das gesprochene Wort wird nicht korrekt verstanden und könnte auch ein anderes sein. Bitte die genaue Zeitangabe dahinter, damit die Suche beim Reinhören erleichtert wird.
wort=wort	Worte werden zusammengezogen als wären sie eins, z.B. un=dann oder wenn sehr schnell aneinander gedrängt die Worte gesprochen werden.

**Atmen und Lachen:**

.h ; .hh ; .hhh	deutliches Einatmen, je nach Dauer mehr .h (wenn Dauer 0.03 dann .h ➡ an den --- Pausenzeichen orientieren)
h ; hh ; hhh	deutliches Ausatmen, je nach Dauer mehr h (Bei lauten Atmern große H verwenden)
wo(h)rt	lachen während gesprochen wird
(h)	Lachen generell: genau hören wie gelacht wird: z.B. (h)e(h)e oder ch(h)e !Auch hier gilt, wenn laut gelacht wird, große (H) verwenden!

## D Transkriptionen der Beendigungssequenzen

Im Transkript werden mit \*\*Anonymisierungen\*\* gekennzeichnet.

### Stunde-01-

**T:** Was ich so=w=so aus dem !GESPRÄCH! für !MICH! und des will ich Ihnen halt des is ja meine Aufgabe, dabei, dass ich ja versuche ob ich Ihnen etwas: (1) !SAGEN! kann über Sie <selbe:r, was ich> glaube, ((00:45:00-0))

(-) zu verstehen? Und dann gucken=wa=weiter ob Sie damit etwas: #ähm# °irgendwie anfangen können;°

(1.4)

**T:** °ja?°

(1.5)

**T:** .h gut dann: (-) sehen wir uns nächsten Montag, wieder?

**P:** Vierzehnuhrdreißig?

**T:** Ja?

**P:** gut;

(3)

**P:** ↑Wiedersehn?

**T:** wiedersehn, ((? ge, ?))

((Ende der Aufnahme 45:18 min))

### Stunde-02-

**T:** Ds=tut der Beziehung sicher gut wenn Sie da morgens anders reagieren könnten;

(1.3)

**T:** Ja?

(1)

**T:** ja;

(3)

**P:** °i nehm des mit° hhh

**T:** so, wiedersehn;=

**P:** =wiedersehn

**T:** °°bis nächste mal°°

(2.8)

**P:** Des war anstrengend heut

(3.3)

((00:45:37-0))

Stunde-03-

**T:** m .hhhh ↑ja: (1) °°hm. müssn=w=Schluss=machn.°°

(3.4)

**T:** °Bis zum nächsten Mal?°=

**P:** =mhm.

(2.9)

**P:** Wiedersehn. ((?°ha pfon;°?))

**T:** Wiedersehn,

**P:** >vieln Dank,<

(5)

**P:** Hen=Sie's=Gefühl, das::: irgendwi::e (--) dass ma (--) wir w↑eiterkomm? oder. (-) I hab immer des Gefühl, (-) des=s=s dreht sich alles.

**T:** mhm. vielleicht sprechen wirs n↑ächstes M↑al drüber, (-) über Ihre Erfahrung

((Ende der Aufnahme 46:40 min))

Stunde-04-

**T:** [DEN SCHLICK, auszubuddeln; (-) des [jetz des schwie- Worte,]

**P:** [(((da ham wir halt))) (-) ja;=

**T:** =um die Worte zu benutzen; das wir da::, (--- ) zusammen (.) dran buddeln.

(-)

**P:** des für mich schwerer, als [°dadrüber°]

**T:** [°°ja,°°] =

**P:** =°so zu° (.) wie wirs bis jetzt >gemacht hen.< .H

**T:** kla::r,

(1.3)

**T:** also,

(2.2)

**T:** °zum nächsten M↑al°

(---)

**P:** mhm,

(3.3)

**P:** wiede↑e:h[e; hh]

**T:** [wieder]sehn; ((?? °hadu° ??))

(10.5)

((00:42:38-7))

Stunde-05-

**T:** >SO!< jetzt müssen wir noch >für< (.) nächstes Mal ein: (.) einen Termin

(-) überlegen weil am >Montag< nächste Woche (.) Montag Dienstag

(.)

((laute Geräusche wie von Papier, das auf einem Tisch hin- und hergeschoben wird für ca. 1.5 sek, währenddessen atmet der Therapeut scharf ein)) =

**P:** = ausgerechnet heute hab i mei (.) meine Mappe mit **meim Kalender net da** ((lachend)) [ wo dis ]

**T:** [ °fehlen m:h° ] auch nicht da;

(-)

**P:** °nee:°

**T:** also: ich hab >Montag< (1.3) °Dienstag° (.) am Mittwoch Nachmittag?

(2.2)

**P:** .hh (.) hh

(7.4)

**P:** hätten Sie noch ä:=andre Termin?

(1.4)

**T:** °m:h=m;=m;°

(1.2)

**P:** aba wenn dis: wenns sonst alles schlecht wär für Sie dann (.) nehm ma den denn °geh=i net in Vorlesung des: macht dann net° sO viel °aus°

(.)

**T:** ja es is so ich hab dann: (.) bin halt dann auch Freitag Samstag weg und .hh ö:hm: Donnerstag is es (-) höchstens donnerstags in der Mittagszeit?

(2.7)

(--)

**P:** °joa:° (-) was isch Mittagszeit,

(.)

**T:** was is Mittagszeit ja (.) ma guckn

(1.6)

**P:** °m:h° (-) ich hab so lang (-) am:: (--) Mittwoch bis zweiezwanzig Uhr dann;

(-)

**T:** a:h=jA,

(-)

**P:** °Vorlesung° =

**T:** = VIERZEHN UHR FÜNFzehn? (.) am Donnerstag;

(--)

**P:** ja;

(2)

**T:** mh=hm,

(5.4)

(--)

**T:** °können, gut;° (--) so daNN (.) mach ich Sie jetzt mit der Frau \*\*MEUten\*\* bekAnnt, dass is unsere, °Sekretärin die sich um diese Filmaufnahmen kümmert°

(3.2)

((00:42:16-9))

#### Stunde-06-

**P:** dass i: da mein i müsst jetzt mit rer ((einer)) andra frau SCHLA!fa;

(--) aber dass (.) dass SCHO! so stimmunga gibt; da (--) n bedürfnis

(1,3)

**T:** .hhh JA! Sie ham gefragt, (.) was mer an pfingstMON!tag, (---) .hh  
äh ich könnt Ihnen am nächsten donnerstag gleiche ZEIT! n termin  
anbieten.

(9,0)

**P:** nächschen donnerschtag;

**T:** °°am;°° dreißigsten

**P:** °oh° (---) hätten Sie mir (2,2) eventuell a andra alternative?

**T:** am [mittwoch?]

**P:** [°i moin (.)] s ging (--) am mittwoch, u- um gleiche [zeit;]

**T:** [ja]

(1,5)

**P:** ne dann isch der donnerschtag ((lacht schnaubend)) (-) besser;

**T:** und der mittwoch ne andre zeit?

(5,0)

**P:** was (.) was wär Ihne da [no möglich?]

**T:** [ich hab n nachm-] n nachmittg zeit.

(4,4)

**P:** .h (-) i hab halt bis SECH!zehn uhr vorlesungen;

**T:** aha;

**P:** ((räuspert sich)) des wird dann spät;

**T:** wird dann spät; [also (--) donnerstag]

**P:** [na mach mer donnerschtag] (--) da hab i (---) .h

(2,8)

**T:** ja?

(1,2)

**P:** VIER!zehn uhr

**T:** FÜNF![zehn]

**P:** [°fünfzehn°]

**T:** falls Sie n paar minuten (.) dann später

kommen ich hab vorher ne (.) veranstaltung oben aufm \*\*Mausberg\*\*

[und so]

**P:** [i wer-] net nervös ((lacht schnaubend))

**T:** gut

(1,1)

**P:** i schreib mer des bloß schnell no auf; (1,7) na, (2,3) °i hab mein

kaLEN!der gr-° (2,1) °jetza da isch er rauskomma (6,2) am donnerschtag

vierzehn uhr fünfzehn; (6,7) gell des

sieht geschäftig aus; ((lacht))

(1,5)

**T:** OR!dentlich;

**P:** ja ja aber des: (.) nö des isch eich (.) äh (.) faulheit;

**T:** °mhm°

**P:** weil wenn i s glei hab dann isch immer alles;

**T:** ja

(2,4)

**P:** i- äh ((45:00:00)) (.) rechtfertige mi au immer; (1,0) (??)

(2,9)

**P:** [wiedersäh:n]

**T:** [wiedersehn]

(7,2)

**P:** des machat scho immer des seh i ja (-) so (-) hab i nommal anschaut  
des:=

**T:** =°ja,°

**P:** >weil ich des irgendwie kenn<=

**T:** =können se sichs (.) .hh (.) dann (-) nebenan (.) bei (.) an

MON!tagen geht's da is dann die frau reuter da; [ja]

**P:** [an] schönes

wochaende [wünsch] i Ihne;

**T:** [°danke°]

((00:45:29-2))

#### Stunde-07-

**T:** =Ihre; (--) entwicklung mit den herdplatten so ruhig erstmal:

WEI!tergehen;

**P:**ja, i glaub [des is]

**T:** [°n ja,°]

**P:** ganz (-) ganz [günstig]

**T:** [°ja,°] ( )

(1,2)

**T:** SO!; (-) unser nächster termin, <is jetzt> also wieder der;

**P:** °montag,°

**T:** montag, (1,6) vierter juni, (2,0) um,

(1,0)

**P:** .hh



**T:** normale zeit;

(1,5)

**P:** was wär des; vierzehn uhr? oder vierz-

**T:** <vierzehn uhr dreißig;>

**P:** vierzehn °uhr dreißig; ja.°

**T:** ja,

(1,1)

**P:** (h)e

**T:** [auf wiedersehn]

**P:** [wiedersehn]

((00:48:05-9))

Stunde-08-

**P:** ne manchmal nedda also; (--) °manchmal sag i nö.° (-) denk gar et dra also (-) so ischs net (-) .h isch net so dass dass i mi °immer° bloß fremdbestimma ließ aber s isch (--) s isch scho so dass: (1,0) dass i lieber an kompromiss mach als (--) um nicht allein zu sein als (7,6)

**T:** °ja,° (1,0) .hhh ähm um noch bisschen

(--) nächsten, sehn uns nächsten MON!tag, (1,5) dann ist (--) mh:: der siebzehnte JU!ni, ((Rascheln)) (1,9) da fällt's aus, da kann ich Ihnen auch kein ersatztermin [geben]

**P:** [°°mhm,°°]

**T:** weil ich da die ganze woche weg bin ((45:00:10))

(5,7)

**T:** dann wieder am: (.) m vierundzwanzigsten juni. (1,9)

**P:** °°mhm,°°

**T:** °hm:,°

(6,7)

**P:** °°ja,°° (---) °am siebzehnten fällt's aus;

**T:** °mhm:,°

(7,5)

**P:** °und dann wieder°

(4,0)

**T:** .h und ( /nunmehr geha) sommerferien und das is gleich mal so f-  
(.) m- is dann also die baden-[württembergisch-]

**P:** [°°mhm,°°]

**T:** SCHUL!ferien, (.) is das  
praktisch identisch, (---) da wär dann der letzte termin vor den  
sommerferien is der zweiundzwanzigste JU!li

(10,8)

**P:** ((räuspert sich)) (5,6) desch koi ( /sitzung) im auguscht oder; (1,3)  
und wie lang geht des dann?

(1,1)

**T:** vom neunten sepTEM!ber, (--) °geht's wieder weiter,°

**P:** °°mhm°° ((stimmlos))

(21,5)

**P:** °wieder um vierzehn uhr dreißig,°

**T:** °°mhm,°°

(2,8)

**P:** °na schön° (2,5) mir gahts (geht es) nur gar et gut

**T:** °nö:,°

**P:** °hmm°

(3,1)

**P:** weiß gar et warum,

(1,6)

**T:** jetzt plötzlich oder schon die ganze zeit?

**P:** noi jet plötzlich

**T:** jetzt plötzlich; ja jetzt kommt was auf, (---) °°hm:,°° (5,3) vielleicht  
wissen ses noch bis zum nächsten mal; [wiedersehn]

**P:** [°°wiedersehn°°] (--) ja; (-)

°des goht jetzt sicher jetzt muss ja jetzt erscht kommen (--) .h

((schnaubt))

**T:** ((seufzt (47:18:10) geht durch den Raum und öffnet das Fenster))

((Ende der Aufnahme))

Stunde-09-

**T:** JA!, (-) also dann sehen wir uns heute in,=

**P:** =°w↑as:? (.) scho wieder vorbei? (h)m=h°

((schnaubend))

(1,2)

**T:** <heute in vierzehn Ta:gen, ja,>

(4,3)

**P:** .h i kuck mer di:e Stund auf jeden fall nomal an (-) °also° (1,7) aber jetzt net °grad°;

**T:** °↑joa >is r↑echt;<°

(1,3)

**T:** °>>is gut<<° .hh (1,1) °°#↓frohes ↓n[oisäe:#°°]

**P:** [°bis° in ] vierzehn Ta:gen

viel >Spaß< in \*\*Kana[da\*\* ((lächelnd))]

**T:** [ °dan]keschön,°

((Ende der Aufnahme 43:20 min))

Stunde-10-

**T:** >ich=s=ma< (--) jetzt! sEHn Sie=s also jedenfalls haben Sie=s für sich selbst ein bisschen (.) RAUSgefunden dass es da in IHNen .h (---) nen Konflikt gibt zwischen dem was: (.) Ihr K↑Opf ↑Ihnen S↑Agt, und zwischen #dem °was Ihr Wunsch will;°#

(2.4)

**T:** °also;° (---) °sehn=ma weiter°?

(1.3)

**T:** °nächsten Montag;°

(2.8)

**P:** >SCHo< wieder? (H)H=fe- .h °es geht=imma also im: schneller (.) in letzschter Zeit°

**T:** °wiedersehn,°=

**P:** =°wiedersehn;°

((00:49:24-5))

Stunde-11-

**T:** des is der Witz dabei (1.1) weil es (.) es hilft einem wIRklich raus ein Stück weit (1) weil man nicht mehr vom anderen ABhängig ist (.) so wie jetzt (--) nich wahr (-) und jetzt (1.1) die Stunde rum ist (-) und (2) Sies nicht in der Hand haben

(4.3)

**T:** jA?

(1.5)

**P:** °nochmal eh=mh° (-) >aso< .h mim SpOrt jetzt >im im< (1.1) wo ich selber trainIEre kann un ma- meine Fähigkeiten erwEltre kann .h (.) wie i mag (-) >also< (--) bis auf natürliche GrENze irgenwann (--) und (---) ebe mi dort ((räuspert sich)) ZwEIerbeziehunge hen Sie des zum Vergleich [gesetzt]

**T:** [jA] =

**P:** =dass i ebe da .h (-) ebe nur EIn Teil von zwei bin (-) und den andren net sO: [°beeinflusse kann°]

**T:** [sind Sie beide] zugleich=h

(-)

**P:** °ja°

(2.2)

**P:** >(h)m=(h)m<

(--)

**T:** .h! °gut°

(3.4)

**T:** [°°wiedersehn°°]

**P:** [dann auf] Wieder↑sehn hh

Stunde-12-

**T:** °hhh° (--) ((leises Schlucken)) ALSO?=hh (--) des:=hh (2.5) °wird uns weiter beschäftigen

(2.9)

**T:** WAS es auf Ihrer Insel gibt, (-) und was es nich gibt

(1.2)

**P:** ((schnalzt))=°also fe°

**T:** [°m°?

**P:** [°vor kurzem hätt i dann° (-) ((schnalzt))=°doch=n° (-) °beinah >a< SelbstwertGEFÜHLVERLUST kriegt da hab i son Textsch vom° Jung .hh C G Jung >geläse-< (1.5) und i war nicht in der La:ge die QUINTEssenz rauszufinde=h=h=h=[.hh]

**T:** [°°mh°°]

**P:** da=h hätt=i au=so=.h (---) ((schnalzt)) DES sowieso °>a< Schwierigkeit bei mir dass ichs .h (--) WESENTLICHE (--) i kann mir zwar viel merke aber .hh (.) dann RAUSzufinde was=isch jetzt we:sentlicher (-) °als des andre° (1.9)

**T:** ((schnalzt))=also, (--) es gibt doch, (--) .hh (-) vielleicht dann °manches was wir da uns angucken°

(1.8)

**T:** °ne°?

(1.8)

**P:** hh (-) Wiedersehn,=hh

(9.1)

**T:** °↑hh↓hh° ((pfeifend)) (---)

### Stunde-13-

**T:** mhmh (---) #kömmers# m↑a:l (.) s↑a:gen; (.) SI:E (-) denken mal dadrüber n↑ACH, was daran für Sie jetzt alles wichtig is?

(1.8)

**T:** >joa,< (--) so um des ma:l für sich r↑auszukriegen?

**P:** jA, [des isch

**T:** [°↑mh↑mh°

**P:** scho des GEMEInsamkeitsgefühl wie mim: (.) Go:lf gä;

**T:** °mhmh°

(3.8)

**T:** °nojoa: es gibt ja noch=h (-) sicher weitere,° (.) °The:men° °°da drin;°°

(2.1)

**T:** °°mhmh;°°

(2.5)

**T:** ja?

**P:** °joa;°

**T:** ↓#wiedersehn#.

**P:** wiederse:hn; hhh

(2.4)

**P:** jetzt weiß=i halt au=immer no net:=ah wohin in Ita.;

**T:** j↑a, (-) sehn mer dann mal;

((Ende der Aufnahme 46:14 min))

#### Stunde-14-

**P:** °ha descht jetz irgendwie:°

**T:** des is jetz STOFF für die Ferien

**P:** ja: des is vertrackt hh wie komm I da ↑raus?

(2.8)

**T:** indem ich Ihnen diese Fra:ge nich beantwor=tät

**P:** mhmh

(6.6)

**T:** so. der nächste Termini:n is dann thhh ((? is ja in dem ?)) Septemba: (.)

hamer des, des hamer schon gesagt? oder, neunter September

**P:** neunter wars,

**T:** Montag neunter September

(8.7)

**T:** so die ZWEITE Hälfte dann

(4.2)

**T:** der ↑Behandlung

(2.7)

**P:** mhmh

**T:** na,

**P:** ((? °Mache Sies gut° ?)) Schöne URLaub

**T:** IHNEN auch (-) wiedaseh:n

((Ende der Aufnahme 42:46 min))

#### Stunde-15-Verbatim

**T:** so. also am Ende der Stunde, Ende? am Ende? ist immerhin deutlich daß die Eltern da waren beim Geburtstag.

**P:** körperlich ja und, soweit sie sich eben mit +einbringen.

**T:** halblebig+ auch.

**P:** ich hätt vielleicht andere Vorstellungen von feiern ja +da

**T:** hmhm+

**P:** ist jetzt dieses was ich erwarte und was nicht da ist das, aber das ist schon so lange das hat sich schon so +eingespielt

**T:** hmhm+

**P:** daß vielleicht die Erwartung noch da ist aber die Vorstellung daß sie; daß da was anderes;

**T:** ja +vielleicht reden wir darüber

**P:** das geht;+

**T:** nächstes Mal was Sie für Erwartungen hätten. wie man feiern könnte. ohne daß Sie sich's jetzt die Woche lang überlegen. (+50 min)

**P:** tu ich nicht ja, Wiedersehn,

**T:** Wiedersehn,

#### Stunde-16

**T:** jA:, ich >>glaub es is<< Zeit, (.) dass Si::e, (1.8) °so=jetz°° (1.6) >so jetz Sie< unter (-) ich unterBRECH SIE JETZ PLÖTZlich [dabei

**P:** [mhm

**T:** abe:r #e::s# (.) #e:rr# .hh

°dass Sie nicht noch später,° (1) °komm:,°

(1.5)

**P:** >gut.<

**T:** j↑a,

(1.4)

**T:** Wie[dersehn;

**P:** [W↑iedersehn.

**T:** ((?°°>gut<°°?))

((Ende der Aufnahme 48:35 min))

#### Stunde-17-

**T:** .h GUT! das können sie ja noch weiter, (.) überlegen; (-- ) wie=sie=s machen wollen;

(2.4)

**P:** °ja?° (-) °mal sähen°

**P:** >wieder[sehen<]

**T:** [°wiedersehn] Herr \*\*Vettner°\*\*

**T:** °hh=h=h=↑h°=°°hh°° ((pfeifend))

((00:44:54-2))

#### Stunde-18-Verbatim

**T:** also+ da werden wir; gucken wir uns noch genauer an, was da Ihr Kopf und was da Ihr Herz sagt, ja? - nächsten Montag?

**P:** hmhm wieder,

**T:** ja,

**P:** um die gleiche Zeit.

**T:** ja das bleibt jetzt zehn nach +ja? Wiedersehn.

**P:** hmhm Wiedersehn.+

((00:43:48-0))

#### Stunde-19-Verbatim

**P:** ich glaub das krieg ich nicht fertig,

**T:** ja dann schauen Sie ob Sie sie in nä- nächstes Mal mit hierherbringen und wir vielleicht mal da drüber reden können. -

**P:** ja ich mein ich kann's ihr schon sagen aber gefühlsmäßig tut mir das immer noch, (atmet tief ein) belasten wenn ich dran denk daß ich das sag,

**T:** hmhm eben. - so? +Wiedersehn.

**P:** Wiedersehn.+

((Ende der Aufnahme 44:28))

#### Stunde-20-

**T:** SO! I möcht jetzt ma (?mach?)°

**P:** I hab noch e Frage, i hab am NÄCHSTE (--) MOn dags, i schaff zur Zeit in da Vollzugsanstalt mach dan PRAKtikum und da wär e GERICHTSverhandlung an dem Tag, die sehr Intressant wär und wo i hingehn sollt, des wär DIE EINZIGE in meim Praktikum =



**T:** =nja=

**P:** = währnd- in meiner PRAKtikumszeit. Könnt mers DA ned  
verlege?

(2.86)

**T:** ja::

**P:** Ofn- Ofn andre TAG, der Ihnen=

**T:** = des is der NÄCHSTE MONtag?

**P:** ja, der einundzwanzigste=

**T:** = der einundzwanzigste, ja

(8.51)

**T:** Können Sie Dienstags morgens?

(1.29)

**P:** ja: wann? =

**T:** =ne?=

**P:** = nächste Dienstag morgen?=

**T:** = am zweiundzwanzigsten  
(?neunten?) =

**P:** = um acht Uhr?=

**T:** =nja=

**P:** =früh ((lacht)) aber (---  
) es geht (---)

**P:** gut

(4.23)

**P:** Wiedersehn!

(2.86)

**F:** Widerschaun!

((Tür öffnen ist zu hören, sprechen von P. und F. weiter weg und  
unverständlich))

(13.72)

**T?:** fhuh: hu:: huh: hu:: puh:: hhh. hhhh.hh.hh.hh.

((Ende der Aufnahme 47:43))

Stunde-21-

**P:** KLAR=

**T:** =das is IHRE Entscheidung, ob Sie:: (---) IHRE Nase, in meine Angelegenheiten stecken

**P:** naja, KLAR.

(1.5)

**T:** OKAY;

(4.5)

**T:** nächsten MONtag

(2.2)

**P:** isch da kan feiertag? ne: deschn FREITAG, ne?

(1.7)

**P:** NE:=

**T:** =HM?

(---)

**P:** nächsten MONtag, ja; (--) ↑wiedersehn

**T:** wiedersehn

((Ende der Aufnahme 45:25 min))

#### Stunde-22-Verbatim

**P:** also das war für mich schon die äußerste Grenze wie weit ich gegangen wäre,

**T:** hmhm (holt tief Luft) gut? nächste Woche,

**P:** ja, (Bewegung im Zimmer) Wiedersehen.

**T:** Wiedersehen, (Stimmen außerhalb)

((42:07))

#### Stunde-23-

---Ausgefallen---

#### Stunde-24-

**P:** ja dann STaut sich des an; i glaub dass des: (1.1) deSCH isch Sicherlich (.) einer der STärkSCHten °Gründe;°

(-)

**P:** °mh;:°

(---)

**T:** °also,° dann tun ma dem mal weiter, (1.7) beTrachten;;

(1.6)

**P:** °mh.;;°

(1.7)

**P:** °a:f Wiedersehn°

(--)

**T:** °auf Wiedersehn;°

(---)

((Ende der Aufnahme 44:47))

#### Stunde-25-

**P:** DES ((schnalzt)) GIBT naTÜRlich SAche:, da (1.4) KANN I nemme mithalte, des iSCH mir KLAR und WENN I DES ALS MAST abnehm, (-) DA WEHR I °mi irgendwo davor,° DES ISCH richt°ig;°

(2.3)

**T:** °also;;°

(5.6)

**P:** Wiedersehen.

**T:** Wiedersehen Herr \*\*Vettner\*\*;

(14.2)

((45:49))

#### Stunde-26-

**P:** ja! glaubet sie dass i nach'er Zeit hierher komme [tu]

**T:** [ja des] kann doch sein;

(---)

**T:** °°ja°°

**P:** mir die anSCHAU!e=

**T:** =°warum nicht?° (-) ha die eine oder andere

(1.2)

**P:** ob i des noch so zesamme °bring°? (1) wann wa:s was war? .HH (1.1) naja

(3)

**P:** wie[dersehn,]

**T:** [wieder]sehn;

((44:28))

Stunde-27-

**T:** SEHR! intressant (--) wie das jetzt (-) so: dazu: SAGEN! können zu meinen .hhh (--) meinen (.) hh

**P:** °meinen?°

(---)

**T:** .hh find ich sehr intressant für mich: auch so dass sie da des so ERGÄNZEN! können,

(1.1)

**T:** und des bisher in der Weise noch nicht deutlich wurde (-) also (--) nächsten Montag sehn ma uns (--) und am sechzehnten;

(1.7)

**T:** ja?

**P:** °°gut.°°

(---)

**T:** ((? einmal. ?))

(1.3)

**P:** wiedersehen,

**T:** wiedersehen;

((Ende der Aufnahme 47:48 min))

Stunde-28-

**T:** A!lsO, (.) sehn mer wEIter näxt Mal,

**P:** .hhh

(2.9)

**P:** °gut,°

(1.4)

**P:** wiedersehn

**T:** #°auf wiedersehn°#

((46:00))

Stunde-29-

**T:** .hhh jA! (---) also Ich würde gerne so;; fh::: >>zum<< SchlUss sagen;  
also ich habs: gE!rn mit Ihnen, (--) ((Klatschen)) geArbeitet, (-) ((Klatschen))  
wA!r für mich (.) .h >>also<< dA!s:: (-) nich im Sinne Ihrer jetzigen FrA!ge.  
die FrA!ge die is::: di:e Si:e so. >>sondern<< einfach so; (-).hh ((Klatschen))  
(-) a:lso ich fand (.) die EntschEI!dung war rI!chtig, dass wir beide das::  
gemacht ham,

**P:** °Mh°

(--)

**T:** Un:d hO!ffe dass ich Si::e in ner (.) wenn Sie (.) .hh vielleI!cht (.) noch  
ma sE!h jetzt is DezEmber (.) Irgendwann zwischen; (1) MAI! und JU!li oder  
sO!, (.) >oder< wenn Sie die GestA!lttherapie [A!bgeschlossen ham; also.  
(.)hhh

**P:** [°Mh°

**T:** Aber U!nter einem Jahr! würd ich sagen; ich würd Sie gerne wieder ma:l  
>einfach< sE!hen, hören wies Ihnen gE!ht, (--) so zwischen nem hA!lben und  
nem JA!hr

(1.6)

**T:** sO! >einfach< weil wI!r so VO!rstellungen haben; wenn die Therapie so  
lang dAU!ert, dann sO!lte man (.) .hh n NA!chgespräch; nich zu frÜh  
>aber< auch [nich zu spät führen.

**P:** [°Mh°

**P:** Solln mer dann e richtiger TermIn ausmache;  
>oder< s:

**T:** Mh; dO! (-) rufen Sie dann A!n; wenn Sie dann: wissen was Sie dann (.)  
für, (---) U!mstände haben. >also< (.) ich mein ich würd vO!rschlagen  
irgendwann MAI! Juni JU!li [.hh

**P:** [Mhmf,

(1.0)

**T:** DA!nn >aber< werden Sie wieder andere ZE!t (1.9) >>mh<< an  
StU!ndenplan haben und so: das tun mer dA!nn (--) .hh AU!shandeln.

(1.2)

**P:** >Alles klar<

**T:** ↑Gut

(1.4)

**P:** WIE!dersehn vielen DA!nk,=

**T:** =WIE!dersehn Herr \*\*Vettner\*\*,

(--)

**P:** Ich wünsch Ihne au nOch (--) [schöne ZEIt

**T:** [Ja (--) DA!nkeschön, Grüße an die  
\*\*JU!Lia\*\* dann.

(---)

**P:** MA!ch ich gern.

(11.8)

**T:** fhhfhfhh ((2.2lang))

((Ende der Aufnahme 43:37 min))