

Architekturen der Empathie

Erste Erfahrungen aus einem konversationsanalytischen Projekt

Michael B. Buchholz, Jörg Bergmann, Marie-Luise Alder, Michael M. Dittmann, Florian Dreyer, Lara Scherer, Lars Peter Thiesen, Franziska Zillich & Horst Kächele¹

Buchholz, M. B., Bergman, J. R., Alder, M.-L., Dittmann, M. M., Dreyer, F., Scherer, L., ... Kächele, H. (2016). Architekturen der Empathie - Erste Erfahrungen aus einem konversationsanalytischen Projekt. In G. Gödde & S. Stehle (Eds.), *Die therapeutische Beziehung in der psychodynamischen Psychotherapie* (pp. 215–252). Gießen: Psychosozial, Bücherdienst.

Empathie kann als Kooperationsleistung besonderen Typs zwischen Therapeut und Patient betrachtet werden. Verglichen werden psychoanalytische, tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungen, von denen jeweils eine anfängliche, eine mittlere und eine späte Sitzung anhand der Audioaufnahme transkribiert werden. Von jeder therapeutischen Schule werden fünf Behandlungen in die Studie eingehen, sodass ein Datenkorpus von 45 Sitzungen entsteht.² Wir werden das Projekt beschreiben und die gewählte konversationsanalytische Methode an Transkriptbeispielen vorstellen. Eine Hypothese lautet, dass alle drei therapeutischen Schulen zwar gemeinsame Grundprobleme der Empathierealisierung zu bewältigen haben, dass sich zwischen ihnen aber schulenspezifische Empathieprofile zeigen werden. Hier sollen theoretische Vorarbeit und konversationsanalytische Begrifflichkeiten vorgestellt werden. Kliniker könnten sich für diese Thematik besonders interessieren, weil alltägliche Probleme mikroanalytisch aufgeschlüsselt werden.

- 1 Jörg Bergmann, em. Prof., Direktor am ZiF (Zentrum für interdisziplinäre Forschung), Bielefeld. Alle anderen: International Psychoanalytic University (IPU), Berlin.
- 2 Das Projekt (Leitung Prof. Dr. Michael B. Buchholz und Prof. Dr. Horst Kächele) wird von der Köhler-Stiftung finanziert, wofür wir danken. Unser Dank geht auch an Frau Prof. Dr. Dorothea Huber, München/Berlin, die dieses Material aus der Münchner Psychotherapie-Studie (Huber et al., 2011) zur Verfügung stellte. Als externer Berater konnte Prof. Dr. Jörg Bergmann hinzugewonnen werden. Das erste im Text genannte Beispiel stammt aus der Ulmer Textbank, »Der Student«, Erstinterview. Dank auch an Nicola Sahhar für hilfreiche Kommentare.

1 Einführung

Empathie ist keine binäre Variable, die mit »ja« oder »nein« codiert werden könnte. Was für den Einen ein empathischer Moment wäre, muss es für die Andere keineswegs sein. Empathie kann deshalb nicht vorweg und abstrakt definiert werden, sondern realisiert sich – durch Konversation.

Ein solcher, an Konversation und deren Analyse orientierter Ansatz unterscheidet sich von wichtigen anderen Arbeiten, die Empathie als individuelle »Fähigkeit« untersuchen (Baron-Cohen, 2011). Hierzu wurden bereits Tests entwickelt (Golan et al., 2006), die für die Untersuchung etwa des Autismus ihren Nutzen erwiesen haben. »Empathy« und »Evil« werden dann als ein Kontinuum aufgefasst; Empathiemangel verbindet sich mit Gewalt, Empathie verhindert Gewalt.

Der Sozialwissenschaftler Randall Collins (1987) hat einen anderen Zugang entwickelt; er fokussiert auf »Situationen«, sowohl von Gewalt (Collins, 2008) als auch von Empathie (Collins, 2004). Bei letzteren erkennt er ein »emotional entrainment« (Collins, 2009, 2013); die Rhythmen des Sprachlichen wie auch des Körperlichen (Mazur, 2009) finden sich »auf gleicher Spur«. Gewalt entsteht gemäß seiner reichhaltigen Analyse, die hier nicht im Entferntesten referiert werden kann, in Situationen, deren Dynamik mikroanalytisch genau beschrieben werden kann. Sein Ausgangspunkt war jedoch nicht Gewalt, sondern die Verkettung interaktiver Praktiken, mit denen Gewalt geradezu vermieden wird, weil an deren Stelle empathische Rhythmisierungen vollzogen werden können.

Beide Ansätze unterscheiden sich methodisch sehr; der eine setzt auf die Untersuchung individueller Fähigkeiten bzw. von deren Fehlen, der andere setzt auf die Mikroanalyse von Situationen. Dennoch sehen beide ein Kontinuum von Empathie und Gewalt. »Situationen« sind »Grenzobjekte« (Bergmann, 2013) – sie gehören zur Konversation ebenso wie zu Kognition und Erleben. Welche Seite »gilt«, wird innerhalb der Konversation ausgehandelt und muss nicht vorab entschieden werden.

Die Konversationsanalyse (KA) hat sich schon sehr früh mit dem Thema der Empathie beschäftigt, allerdings nicht unter diesem Stichwort. Harvey Sacks (1992, Lecture I vom Winter 1970) hatte früh betont, dass die KA jenen Aspekt von kommunikativem Austausch berücksichtigen müsse, den er als »my mind is with you« bezeichnete. Damit ist gemeint, dass

wir immer den Informationsstand eines anderen Menschen mitbedenken. Spricht man von »mein Bruder Heinz«, ist dies eine gewohnte Bezeichnung des Familienmitglieds – gegenüber einem Fremden, der Heinz noch nicht kennt. Wir schneiden unsere Äußerungen dem Inhalt und der Form nach auf das »Kennen« (epistemic state) des Anderen zu; die Konversationsanalyse spricht hier vom Adressatenzuschnitt (»recipient design« – dazu später mehr); der eigenen Schwester gegenüber jedenfalls wäre eine solche Kennzeichnung befremdlich. Wir sorgen stillschweigend für eine Art Balance desjenigen kontextualen Wissens, das gebraucht wird, um die Konversation fortsetzen zu können (Heritage, 2013). Hierbei geht es nicht, wie der Ausdruck »Wissen« (»knowledge«) im Deutschen nahelegt, um große Übereinstimmungen in weltanschaulichen Fragen, sondern um kleinformatige Wissenspartikel (»knowing«), die nötig sind, um dem Anderen die weitere Teilhabe und sinnvolle Beiträge zum »Projekt« des gemeinsamen Gesprächs zu ermöglichen. Auch Collins (2004, S. 79ff.) beschreibt solches Austarieren von »epistemic states« als Beispiel für den genannten Vorgang des »entrainment« – wo solche Differenzen nicht ausgeglichen würden, stellen sich schnell sehr heftige aversive Gefühle ein. Werden sie aber ausgeglichen, bekommen warme und freundliche Gefühle ihren Auftritt. Obwohl von »Wissen« gesprochen wird, werden genau diese affektiven Folgen sehr genau mitanalysiert; ein Vorwurf des »nur Rationalen« wäre ganz fehl am Platze. Gemeint ist »situierter Wissenspraxis«. Gelingt das, stellt sich ein geteiltes Wissen ein, verbunden mit dem Gefühl, sich in einer (kleinen) gemeinsamen Welt zu befinden und diese mit dem Gesprächspartner zu teilen. Situiertes Wissen, kann es geteilt werden, hat emotionale Konsequenzen.

Die verbalisierte Teilhabe in alltäglichen Gesprächen, die wir in Wendungen wie »das ist mir neulich genauso passiert ...« kennen, bezeichnet Heritage (2013) als »parallel assessment« (»Ich-bin-wie-Du-Erfahrungen«). In professionellen Kontexten jedoch kommt diese Art der empathischen Teilhabe so gut wie nie vor. Ruusuvuori (2007) findet in einem großen Datensatz von Gesprächen mit hausärztlichen und homöopathischen Behandlern nur ein einziges Beispiel eines solchen »parallel assessment«. Im professionellen Kontext wird ein »Mir-geht's-wie-Du« so gut wie niemals mitgeteilt.

Beeinflusst vom Boom der Empathie nach den Entdeckungen der Spiegelneuronen haben einige Autoren begonnen, Konversationen der Empathie

zu untersuchen (Kupetz, 2013; Pfänder & Gülich, 2013). Erst neuerdings wurde begonnen, die Untersuchungen auch auf die Prosodie auszudehnen (Weiste & Peräkylä, 2013, 2014). Empathie, so die einleuchtende Begründung, müsste auf humanem Niveau nicht nur neurowissenschaftlich, sondern sollte vor allem als sozial-interaktive Leistung untersucht werden. Alle diese Autoren stellen jedoch etwas verwundert fest, wie sehr Empathie geschätzt, wie wenig sie aber im Vollzug des Gesprächs untersucht wird. Empathie gilt als geheimnisvolle Leistung von begnadeten Therapeutinnen und Therapeuten. Deren Ursprünge werden auf glückliche Umstände in der Kindheit zurückgeführt oder auf eine gelungene, die therapeutische Arbeit vorbereitende, Selbsterfahrung. Eine kluge Überblicksarbeit (Aragno, 2008) zeigt, wohin die psychoanalytische Auffassung der Empathie sich entwickelt hat. Diese Autorin fasst kenntnisreich eine lange Diskussion innerhalb der Psychoanalyse zusammen:

»[E]mpathy will here be viewed from an epistemological perspective, as a way of knowing, a way of arriving at an understanding of another's feeling state, potentially generating a bidirectional interactive field of considerable power« (ebd., S. 713).

Diese Aussage ähnelt dem, was Ed Tronick einen »dyadic state of consciousness« genannt hat.

»The dyadic state of consciousness hypothesis states that each individual, in this case the infant and mother or the patient and therapist, is a self-organizing system that creates his or her own states of consciousness [...] which can be expanded into more coherent and complex states in collaboration with another self-organizing system« (Tronick, 2007, S. 402).

Solange dem individuellen Bewusstsein eine Lösung bestimmter Probleme nicht gelingt, ist es darauf angewiesen, sich mit einem anderen Bewusstsein (mind) so aneinander ankoppeln zu können, dass beide einen »dyadic state« einnehmen und eine Lösung gelingt. Dann können sie sich wieder entkoppeln, um bei nächster Gelegenheit erneut eine Kopplung einzugehen.

Die »Theory-of-mind«-Forschung hat lange Zeit angenommen, dass Kinder erst ab dem dritten Lebensjahr die entsprechenden Fähigkeiten ent-

wickeln – in experimentellen Situationen. Bemerkenswert ist, dass die Beobachtung naturalistischer Situationen (Tomasello et al., 2007) die entsprechenden Fähigkeiten weit vorverlagert hat; sie lassen sich bei Kindern schon im Alter von zwölf Monaten dokumentieren (Astington, 2006; Pyers, 2006).

Deutlich wird, was in manchen experimentellen Anordnungen zur Untersuchung von Empathie konzeptuell schwierig war: Der eine Affe in den Untersuchungen zu den Spiegelneuronen (Gallese & Goldman, 1998) wird als »Beobachter« einem »Objekt« (dem anderen Affen) gegenüber konzipiert; die wissenschaftsanaloge Denkweise – der Beobachter bilde eine Art propositionale Hypothese – freilich ist schnell aufgegeben (Gallese et al., 2007) und zu einer Theorie der Intersubjektivität (Gallese et al., 2011) fortentwickelt worden.

Anders als in der experimentellen Situation geht es jedoch in naturalistischen Situationen nicht nur um eine epistemologische Perspektive, sondern um eine gemeinsame existenzielle Situation. Dem Kind ist nicht nur wichtig, dass der Vater »richtig« mit ihm spielt, sondern es möchte fühlen, wie es auch dem Vater Freude macht mitzuspielen. Es ist dem »Beobachter« nicht nur *erkenntnistheoretisch* wichtig, korrekt abbildender Spiegel einer Beobachtung zu sein; es wird beiden vielmehr *existenziell* wesentlich, richtigverstanden zu haben – denn davon kann das Leben, in jedem Fall der weitere Gang der Dinge abhängen (Schlicht, 2013). Eine solche theoretische Vorstellung von einem gemeinsamen Feld weist Empathie als kooperative Leistung von zwei miteinander Interagierenden aus. Sie sind es, die Empathie einander ermöglichen oder erschweren. Und sie sind beide darauf angewiesen, hinreichend zu verstehen und hinreichend verstanden zu werden. Das kann nicht anders geschehen als durch Konversation, die ihren eigenen Formen folgen muss – jedes Verstehen muss durch das Nadelöhr der Konversation, um sich in der sozialen Welt bewähren zu können (Bergmann, 2000). Es geht um mehr als nur um ein epistemologisches Verstehen, es geht um die soziale Dimension eines geteilten Seins.

Diese Konzeption bezieht sich kritisch auf die einflussreiche, noch ganz individualistische Vorstellung von einem Empathisierenden, der mittels besonderer Sinnesorgane und feiner Sensibilität vermag, in fremde Innenwelten einzublicken oder gar einzudringen. Nicht nur solche persönlichen Fähigkeiten, auch die psychoanalytische Theorie, so wird behauptet, könne dazu verhelfen, wozu wir eine Stimme nur zitieren wollen:

1 »[W]e can compare our theories to an optical device that enables us to
2 perceive the innermost core of the latent content of the patient's discourse«
3 (Denis, 2011, S. 77).
4

5 Danach ist die Theorie einem optischen Apparat vergleichbar, der es ermög-
6 liche, den innersten Kern der latenten Inhalte des Diskurses eines Patienten
7 zu erkennen. Die Gegenübertragung wird hier als eine Art Monitor aufge-
8 fasst, auf dem der Therapeut die unbewussten und verdrängten Seiten des
9 Patienten ablesen könne. Vor dieser Überschätzung der Theorie und vor der
10 Wiederbelebung einer »Röntgen«-Blick-Theorie der Empathie hatte inte-
11 ressanterweise eine Kleinianerin (Spillius, 1991) nachhaltig gewarnt, indem
12 sie eine »gewisse Tendenz« unter Psychoanalytikern monierte,
13

14 »sich zu eingehend mit der Überprüfung der eigenen Gefühle als entschei-
15 dendem Anhaltspunkt für das Geschehen in der Stunde zu beschäftigen;
16 dies geschieht auf Kosten des unmittelbaren Kontakts zum Material des Pa-
17 tienten« (ebd., S. 12).
18

19 Das empathische Feld hat somit zwei Risiken zu bewältigen; entweder den
20 Kontakt zu verlieren oder aber, würden wir Paul Denis folgen, sich der Idee
21 anzuvertrauen, dass die Theorie schon alles wisse. Auch das wäre natürlich
22 ein Kontaktverlust; ein Patient, der sich nur als »Fall« einer allgemeinen
23 Theorie behandelt sähe, müsste sich immer schon als Individuum verfehlt
24 vorkommen (Bergmann et al., 2014), die Therapie könnte nicht leisten, was
25 sie kann.

26 Auf die weitverzweigte Diskussion zur Empathie (Bergmann-Mausfeld,
27 2000; Bischof-Köhler, 1989; Breithaupt, 2009; Breyer, 2013; Köhler, 2004;
28 Petersen & Köhler, 2005; Stueber, 2006) wollen wir nun nur verweisen
29 und konkrete Analysen von therapeutischen Sequenzen vorlegen. Das
30 folgt einer Forschungsstrategie, wie sie auch an anderer Stelle (Buchholz,
31 2014a, b; Weiste & Peräkylä, 2014) vorgeschlagen wurde. Die Erwartung
32 ist, anhand der »Empirie des Gesprächs« (in Form transkribierter echter
33 therapeutischer Gespräche) deutlicher artikulieren zu können, wie Empa-
34 thie realisiert wird. Dies ist Teil einer Bemühung, die Psychoanalyse wieder
35 als Beobachtungswissenschaft (Lepper, 2009) zu reetablieren. Die Psycho-
36 analyse kann eine Empirie der »Konversation« (Freud, 1927) ausweisen,

ohne sich an als ganz fremd empfundene andere Methoden und Empirien ausliefern zu müssen. Die Empirie der Konversation wäre in der Lage, Psychoanalyse mit anderen Therapieverfahren zu vergleichen und könnte über solche Kontraste die eigene Kompetenz klarer konturieren.

Die Leitfragen unserer Studie sind deshalb: Wie lassen sich »Voraussetzungen der Empathie« beschreiben, in welchen Situationen entstehen »Orte der Empathie« und wie werden »Leistungen der Empathie« kooperativ generiert? Welches sind die je realisierten konversationellen Praktiken, um Voraussetzungen zu schaffen, Orte zu erkennen und empathische Leistungen zu würdigen? Mit welchen konversationellen Mitteln machen das die Teilnehmer und zeigen einander an, dass sich das empathische Feld entwickelt und vertieft?

2 Methode

Die Art der hier beschriebenen Prozessforschung geht mit einer für Kliniker eher ungewohnten Sprache einher. Ohne diesen Zugewinn an Begrifflichkeiten können wir jedoch nicht das Beobachtete angemessen beschreiben. Wir hoffen, hier eine Sprache für das therapeutische Hauptarbeitswerkzeug zu finden: Behandlung durch Sprechen (»talking cure« nannte das Anna O.). Unsere Arbeit beruht auf einer konstruktiven Zusammenarbeit an der International Psychoanalytic University (IPU) Berlin. Wir untersuchen vergleichend drei therapeutische Verfahren (Psychoanalyse = PA, Tiefenpsychologie = TP und Kognitive Verhaltenstherapie = VT). Die Behandlungen von je fünf Therapeuten werden in drei Momenten untersucht: je eine erste, eine mittlere und eine späte Stunde (aus der Endphase der Behandlung). Insgesamt entsteht so ein Korpus von 45 transkribierten Sitzungen (3 Verfahren x 5 Therapeuten x 3 Sitzungen). Auf diese Weise können grundsätzlich Prozesse innerhalb eines Verlaufs beobachtet, Anfangs- oder Beendigungssituationen über die Schulen hinweg verglichen und der Einfluss von Therapeutenpersönlichkeiten innerhalb einer Schule vergleichend beobachtet werden.

Es handelt sich in allen Fällen um als depressiv diagnostizierte Patienten. Die Behandlungen sind fast alle mit einem positiven »Ergebnis« schon in der Münchener Studie durch unabhängige Rater beurteilt worden; die

verfahrensspezifische Adhärenz ist geprüft: Wo PA (oder TP oder VT) draufstand, war auch PA (oder TP oder VT) drin. Unterschiede können den therapeutischen Verfahren zugewiesen werden. Hier soll der Prozess hinsichtlich der Empathie rekonstruiert werden.

Es gibt konversationelle Praktiken, die Empathie schon auf alltäglich umgangssprachlicher Ebene be- oder verhindern. Therapeutische Empathie braucht, so wird damit deutlich, gesprächsweise Vorbereitungen. Innerhalb der KA wurde eine gleichsam »gestufte« Liste von Praktiken solcher »Vorbereitungen« beschrieben, mit denen Menschen sich gegenseitig im Alltag Empathie bekunden (Heritage, 2011; Heritage & Lindström, 2012; Koenig et al., 2014; Kupetz, 2013; Pfänder & Gülich, 2013; Ruusuvaori, 2005), also die »stille«, aber immer mitlaufende kommunikative Dimension des »my mind is with you« realisieren. Deren Praktiken kann man als »Empathie im Alltag« (Heritage, 2013) folgendermaßen auflisten. Dazu gehören:

- Sogenannte »response cries« (Goffman, 1978): Ausrufe wie »Aah«, »Oh je«, »Ach herrje«, mit denen emotionale Anteilnahme ausgedrückt wird. »Reponse cries« sind bei Goffman keine Zeichen von Anteilnahme, sondern scheinbar unfreiwillige Ausdrücke für unerwartete Ereignisse.
- Mit sogenannten »pre-announcements« (Vorankündigungen) kann ein Narrativ angekündigt werden: »Gestern hab ich vielleicht was Tolles/Verrücktes/Komisches erlebt.« Damit werden Zuhörer vorweg informiert, welche Art von Reaktion von ihnen erwartet wird. Mehr noch als die Generierung von Erwartungen wird durch derartige »pre-announcements« dem Anderen ein Schlüssel für die Interpretation der nachfolgenden Äußerungen an die Hand gegeben.
- »Ancillary questions« (hilfsweise Nachfragen): Mit solchen Alltagsfragen suchen Zuhörer die imaginative Szenerie nachzubilden und die dazu erforderlichen Details zu erkunden.
- »Parallel assessments« (Parallel-Bekundungen) bezeichnen jene Äußerungen, die man macht, wenn das Gegenüber Geschichten wie z. B. vom Zahnarzt, von einer Beerdigung oder einer Hochzeit erzählt. Das »parallele« Moment artikuliert sich in Äußerungen wie »Das geht mir genauso«, »Genau das hab ich auch schon mal gehabt« (eine Krankheit z. B.).

- »Subjunctive Assessments« (Subjunktive Möglichkeitsformen): Illustrierend bietet Heritage (2011) jene Szenen an, in denen sich zwei Freunde in der Küche unterhalten und sich dabei ausmalen, welche Zutaten sie beim nächsten Kochen verwenden werden. Um dann genießerisch Laute des Wohlbehagens von sich zu geben und so einander zu bekunden, wie sie sich just in diesem Augenblick sehr ähnliche Geschmacksempfindungen auf der Zunge vorstellen. Subjunktive Einschätzungen sind gleichsam Antizipationen, die gemeinsam-empathisch empfunden werden, obwohl sie noch gar nicht eingetreten sind.
- Als »Observer Responses« (»Beobachtungsmitteilungen«) bezeichnet Heritage jene Bemerkungen, mit denen Einer den Anderen direkt auf ein äußeres Merkmal oder einen Zustand anspricht, wie z. B.: »Du redest so leise« oder »Du siehst erschöpft aus«. Solche Äußerungen sind vulnerabel für eine non-empathische Interpretation durch den, auf den sie gemünzt sind. Im therapeutischen Kontext gehören dazu Wendungen wie »Mir fällt auf, dass Sie ...«

Diese Liste von alltäglichen Empathieformaten hat Heritage mit Transkriptionsauszügen reich illustriert. Wir können sie aufgrund ihres Umfangs hier nicht wiedergeben, sie besitzen enorme Überzeugungskraft. Wir haben in Probeverläufen versucht, Transkripte des »Studenten« mit der Liste von Heritage zu codieren und haben gefunden, dass sie nicht ausreicht. Eine erste und wichtige (Wieder-)Entdeckung war, dass Therapeuten vielerlei Varianten von Motivkonstruktionen (Schütz, 1932) verwenden; sie stellen mit Wendungen wie »weil ...« ihren Patienten Motivierungen zur Verfügung (Buchholz & Alder, 2016). Häufig ist auch die »Um-zu«-Konstruktion: »Dann sind Sie noch dahin gefahren, um nicht allein zu sein.« Solche Motivkonstruktionen, wenn sie an andere adressiert werden, sind im Alltag extrem selten; es braucht besondere Umstände, damit fremd initiiertes Zuschreiben von Motiven nicht als Autonomieverletzung aufgefasst und abgewehrt wird.

Die Entdeckung, dass die therapeutische Situation reichhaltigere Empathieformate kennt als die ebenfalls sehr reichhaltige Konversationsanalyse, ist ein interessantes Beispiel dafür, dass Lerngewinne nicht nur in einer Rich-

1 tung zu erwarten sind. Wir haben diese Entdeckung zum Anlass genom-
2 men, nach weiteren Konversationspraktiken des »my mind is with you«
3 zu suchen.

3 **Erweiterung des ursprünglichen Ansatzes**

8 **Die Etablierung eines »common ground«**

11 Damit sich diese »stille« Dimension der Konversation entfalten kann,
12 müssen Gesprächsteilnehmer Praktiken der Etablierung eines »common
13 ground« entfalten. Damit »talk-in-interaction« entstehen kann, ist es
14 unerlässlich, sich darüber zu verständigen, dass man überhaupt etwas mit-
15 einander zu tun hat; etwa dass der Eine sich als Sprecher (Befehlender, Er-
16 zählender), der Andere sich als Befehlsempfänger oder Hörer positioniert
17 – und nicht dauernd »dazwischenredet«. Die Untersuchung von Telefon-
18 gesprächsanfängen (Luke & Pavlidou, 2002; Schegloff, 2007) zeigt, wie mit
19 winzigen Partikeln (»Hi!«) bereits eine Erwartung artikuliert wird, vom
20 Hörenden als jemand mit einer bestimmten Identität wahrgenommen zu
21 werden (Buchholz & Götde, 2013).

22 Wenn Menschen sich jedoch erstmalig begegnen, kann eine solche im-
23 plizite Bezugnahme auf schon Vertrautes nicht erwartet werden. Die Ko-
24 operation, aus der wechselseitige »commitments« erwachsen sollen, muss
25 erst sichergestellt werden. Die Konversationsanalyse hat dies als sogenann-
26 te »adjacency pairs« beschrieben: Auf Gruß erfolgt Gegengruß, auf eine
27 Frage eine Antwort. Das ist »konditionell relevant«. Verletzungen solcher
28 Regeln müssen gut begründet werden, oder aber sie ziehen ernste soziale
29 Verwerfungen nach sich.

30 Angelehnt an das Konzept der »adjacency pairs« wurde auch von »pro-
31 jective pairs« (Clark, 2006) gesprochen. Diese Begriffsbildung hat nichts mit
32 »Projektion«, sondern mit Projekt zu tun; Teilnehmer zeigen sich wechsel-
33 seitig an, dass sie an einem gemeinsamen »Projekt« teilhaben. Wer bei einem
34 Umgang mit einem Anderen zusammen einen Schrank aufbauen will, kann
35 etwa sagen: »Das müssen wir hier zusammenschrauben«, und der Andere
36 reicht stillschweigend die Schrauben an, die in seiner Reichweite liegen – das
 Projekt verpflichtet zu kooperativen Handlungen und bildet zugleich einen

Bedeutungsrahmen. Clark (2006, S. 129) spricht von »collateral communication«.

Deontische Autorität

Der Begründer der Sprechakttheorie John Searles hat eine recht sinnvolle Unterscheidung vorgeschlagen (Searle, 1997, 2009). Als »epistemische Autorität« bezeichnet er jene Kompetenz, »when words fit the world« (Wenn Worte zur Welt passen). Wer in der Lage ist, die Verhältnisse der Welt angemessen in Worten wiederzugeben, verfügt über epistemische Autorität. Davon lässt sich eine »deontische Autorität« unterscheiden nach der Formel »Where world fits the words« (Wenn die Welt zu den Worten passt). Wer mit Worten bestimmen kann, »wo es langgeht (in der Welt)«, übt jene Autorität aus, die Searles als »deontisch« bezeichnet. Diese Unterscheidung ist in der KA bereits fruchtbar angewendet worden (Stevanovic & Peräkylä, 2012). Ein Priester etwa kann dem Chorleiter vorschlagen, was am Sonntag gesungen werden könnte, aber seine deontische Autorität bedarf der Zustimmung und er kann nichts erzwingen. Zustimmung kann verweigert oder Ablehnung maskiert werden.

Rupture-Repair-Zyklen

Innerhalb der konversationsanalytischen Texte findet sich eine frühe Beschäftigung mit »Reparaturen« (Schegloff et al., 1977), die sich auf vielfache Phänomene erstreckt (Hayashi et al., 2013). Auch in der Psychotherapieforschung haben vor allem Safran und Muran (2000) in detailreichen Studien an transkribierten Therapiematerialien gezeigt, woran die Ausbildung des therapeutischen Arbeitsbündnisses scheitern und wie es »repariert« werden kann. Diese Autoren beschreiben zwei Verlaufspfade: Der Patient zieht sich zurück oder er wird aggressiv-vorwurfsvoll. Entscheidend ist, ob der Therapeut das bemerkt oder gleichsam daran vorübergeht. Wird die »rupture« bemerkt, kann eine »Reparaturaktivität« beginnen.

Reparaturaktivitäten gibt es auch in Alltagsgesprächen (Kitzinger, 2013), etwa wenn jemand einen Satz neu startet (Forrester, 2008) oder in einer

inhaltlichen Angabe zu Ort oder Zeit korrigiert wird (Egbert et al., 2009). Reparaturaktivitäten sind sehr häufig und werden von vielen Autoren (Braten & Trevarthen, 2007; Meltzoff & Brooks, 2007; Meltzoff & Prinz, 2002) als Grundlage des Überlebens schon bei Kleinkindern angesehen.

TPS – Typische Problematische Situationen

Manche Kliniker vermuten, dass der Erfolg einer Behandlung von der Art und Weise abhängt, wie »schwierige Situationen« bewältigt werden. Als schwierig geltende Situationen sind beispielsweise Beschuldigungen und Anklagen seitens des Patienten, Terminverlegungen, Ausfallhonorar (Blohm, 2011; Brylla, 2013), zu spätes Kommen, Verlängerung von Kassenanträgen und Gutachterverfahren (Rotmann, 1992, 1994) und andere »Fehler-Leistungen« (Schneider, 2014).

Neben diesen schwierigen Situationen gibt es aber auch solche, die sich nur mikroanalytisch erschließen: Ein Patient beendet eine Erzählung nicht, sondern bricht mitten im Satz mit nach oben gehender Intonation ab – die Therapeutin bekommt mit einem solchen »Grenzton« einen deutlichen Hinweis, dass der Patient das Rederecht behalten möchte, aber noch überlegt. Dauert die Pause aber mehr als ca. drei Sekunden und verlängert sich bis auf 27 Sekunden (Buchholz, 2012a), wird es schwierig. Im andernorts publizierten Beispiel fühlte sich die Therapeutin veranlasst, den begonnenen Satz des Patienten zu Ende zu formulieren. Die Idee, dem Patienten über eine »Redehemmung« hinweghelfen zu wollen, führte hier zu einem eskalierenden Kampf um das Rederecht.

Diese Erweiterungen der ursprünglichen Methode sollen im folgenden Teil durch Beispiele exemplifiziert werden. Diese wurden in unserem Datenmaterial gefunden, als mittels der Software Atlas.ti die oben genannten Kategorien untersucht wurden.

(Be-)Funde

Wir wollen ein Beispiel aus einem Erstinterview an den Anfang setzen, in dem der »Student«, ein bereits vielfältig untersuchter Patient, mit dem The-

rapeuten im Gespräch ist, es diesem aber auf besondere Weise erschwert, sich auch nur nachvollziehend vorstellen zu können, wovon genau der Patient spricht, wenn er seine Symptomatik schildert.

Erstes Beispiel (Psychoanalytische Kurztherapie):

P: [(Ja so)] =verhalten also so Kontrollzwang (..) und wenn i ja so (.) zum Beispiel (.) aus der Haustür rausgeh (.) >dann net< aber wenn ich reingeh [dann guck i nach=

T: [hm:

P: hinten=

T: =ja

P: und kontrolliere ob i auch nichts vergesse hab oder so

Zu den Transkriptionssymbolen

Das Lesen von Transkriptionen bedarf etwas Übung, wie auch das Lesen von statistischen Tabellen oder Abbildungen. Hier Erläuterungen der Zeichensetzungen:

- In *eckige Klammern* untereinander gesetzte Worte werden zeitgleich gesprochen.
- *Doppelpunkte* : gedehntes Sprechen eines Buchstaben
- *Kommata*: leicht steigende Intonation
- *Fragezeiche*: stark steigende Intonation
- *emikolon*: leicht fallende
- *Punkt*: fallende Intonation
- *Unterstrichene* Worte oder Buchstaben: betont gesprochen
- *GROß!* geschriebene Worte mit ! werden laut gesprochen.
- *spitze Klammern*: <gedehntes langsames> Sprechen
- *inverse spitze Klammern*: >schnelles< Sprechen.
- °*Leise Worte*° oder Sätze werden mit ° markiert.
- *Zahlen in Klammern* geben Pausen in Sekunden an:
 - (.) unter 0.25 Sek.
 - (-) 0.25–50 Sek.
 - (--) 0.50–75 und
 - (---) 0.75–0.99 Sek. Pause.

Es sieht eindeutig so aus, als würde er mitteilen, dass er beim Reingehen ins Haus seine Zwangssymptomatik, sich umdrehen zu müssen und nach etwas auf dem Boden zu suchen, verspürt (vgl. Buchholz, 2014a). Als auf der zweiten Berliner Werkstatt zur Qualitativen Forschung 2013 an der IPU das Transkript des Erstinterviews mit dem »Studenten« Grundlage für verschiedene methodische Evaluationsstrategien war, entzündete sich an genau dieser Stelle eine beträchtliche Unruhe. Etwa die Hälfte der Teilnehmer hatte nämlich genau das Gegenteil verstanden: dass der Patient beim Rausgehen aus dem Haus seine Symptomatik entwickle. Die Vorstellung, wovon gerade gesprochen wird, quasi der mitgehende Nachvollzug der Hörer, war in der Gruppe nicht mehr homogen. Offenbar war es dem Therapeuten nicht anders gegangen, wie die gleiche Stelle, eingebettet in einen etwas ausführlicheren Kontext der Konversation, verdeutlicht:

P: [(Ja so)] =verhalten also so Kontrollzwang (..) und wenn i ja so (..) zum Beispiel
 → (.) aus der Haustür rausgeh (.) >dann net< aber wenn ich reingeh [dann guck
 i nach

T: [hm:

P: hinten=

T: =ja

P: und kontrolliere ob i auch nichts vergesse hab oder so

T: wenn Sie reingehen in die Haustür[re

P: [Ja wenn ich rausgeh net=

T: =dann: kontrolliern Sie was;

(1.2)

P: ja was, also .hh

T: und wohin gucken Sie da? Wenn Sie?

P: Aufn Bode, (.) in der Regel

T: von draußen also draußen gucken [Sie?

P: [nee von dri >> also i geh scho in die Tür hinei oder so<< [oder (.)
 vor der Tür eben

T: [hm hm

P: dis wär jetz a ganz konkrete Sach

T: ↑hm hm

Das genaue Transkript klärt hilfreich auf, was hier passiert. Die drei Pfeile zeigen die Stellen, auf die sich unser Kommentar bezieht. Bevor der Patient mit schnell gesprochenem »dann net« reagiert, macht er eine Mikro-pause. Sie hat den Effekt, dass nicht zu unterscheiden ist, ob das »dann net« als Verneinung des Inhalts gehört wird oder aber ob das »net« eine kleine schwäbische »Wendung« ist, die in der Konversationsanalyse als »tag« bezeichnet wird. Ein »tag« beschreibt ein Zustimmung einforderndes Signal wie das häufig an Sätze angehängte »ne«, das hessische »gell?« oder das englische »isn't it?«. Zunächst scheint die Lokalisation des Kontrollzwangs klar, aber dann wird erkennbar, wie der Therapeut seinerseits Schwierigkeiten mit der eindeutigen Interpretation hat. Er fragt nach (zweiter Pfeil) und erhält wieder eine Antwort, die offen lässt, ob die Antwort des Patienten als inhaltliche Zustimmung zu hören ist oder aber ob das »Ja« nur ein Partikel ist, mit dem der Patient seinen Redezug einleitet. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich durch die Verwendung einer Negation in der Antwort des Patienten. Die auf Klärung ausgelegte Äußerung »wenn Sie reingehen in die Haustüre« wird vom Patienten nicht direkt, sondern über den Umweg (was er nicht tut) unvollständig belassen. Eben diese Irritation spürt auch der Therapeut, als er erneut fragt (dritter Pfeil), ob der Patient »von draußen« guckt. Jetzt bekommt er als Antwort ein »nee von dri«. Hier entsteht ein asynchroner Tanz, bei dem unklar bleibt, wer die Führung übernehmen darf. Was hier erschwerend hinzukommt, ist die verzögerte Klärung der Bewegungsrichtung des Patienten. Trotz dieser Ungenauigkeit gehen die beiden im Gespräch thematisch weiter und vermischen somit die neue Frage nach der Lokation des Patienten beim Auftauchen der Zwangshandlung mit der alten, unzureichend beantworteten Frage der Bewegungsrichtung vor ihrem Auftauchen.

Eine Praktik, die der Therapeut in dem obigen Beispiel versucht, wurde als Hilfsnachfragen (»ancillary questions«) beschrieben (Heritage & Lindström, 2012). Mit solchen Fragen sucht der Therapeut, sich eine angemessene Vorstellung von dem zu machen, wann und wo die Zwangssymptomatik seines Patienten auftritt – und eben das gelingt nicht. Hier scheitert nicht Empathie, sondern eine Vorstufe davon. Auf eine aktive, aber unbewusste Art und Weise, blendet der Patient die hermeneutische Kompetenz des Therapeuten – wir sprechen von »kommunikativen Blendgranaten« (Buchholz, 2012b). Natürlich gibt es weit deftigere Beispiele (Buchholz & Alder,

2015). Kliniker könnten hier an Bions Beschreibungen wie z.B. »attacks on linking« denken; leider gibt es bisher unseres Wissens keine transkribierten Darstellungen. Aus diesem kleinen Beispiel folgt unseres Erachtens mehrerlei: Die Vorstellung, dass Patienten danach suchen, verstanden zu werden, ist unvollständig. Die komplementäre Vorstellung, dass Therapeuten empathisch verstehen könnten ohne aktiven Beitrag des Patienten, ist ebenfalls unvollständig – aber wir finden sie immer wieder in der Theorie der Empathie just so beschrieben.

Um das zu illustrieren, wollen wir den Begriff des interaktiven Feldes anhand eines kleinen Schaubildes weiter ausdifferenzieren (s. Abb. 1).

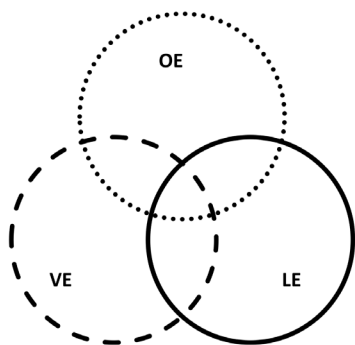


Abb. 1: Das interaktive Feld der – Orte, Voraussetzungen und Leistungen der Empathie

Empathie braucht Voraussetzungen (VE). Minimum ist ein Sehen oder Hören (etwa am Telefon), also Kopräsenz der Beteiligten. Das macht deutlich, dass es eine produktive und eine rezeptive Seite gibt; einer spricht, der andere hört die Stimme. »Miteinander sprechen« ist weitere Voraussetzung, jedoch noch nicht Empathie. Man kann miteinander sprechen – und versteht sich bestenfalls auf linguistischer Ebene; auch gibt es zahllose Situationen (mit Kellnern, an Schaltern etc.), wo man miteinander spricht, Empathie aber geradezu »außen

vor« gelassen wird. Die therapeutische Situation hingegen ist spezialisiert, »Orte der Empathie« (OE) zu koproduzieren, um sie zu beobachten. Das sind insbesondere Irritationen der alltäglichen Verständigung, auftretende Körpergefühle und andere Wahrnehmungen. Diese sind bei fortschreitendem Prozess selbst wiederum durch Sprechen produziert; das Miteinander-Sprechen adressiert sich selbst mehr und mehr, produziert neue Irritationen und Brüche (»ruptures«) und schwierige Situationen. Anhand der beschriebenen Resultate soll zuletzt eine Einordnung unserer Erweiterung der konversationellen Praktiken in das oben stehende Schaubild entstehen.

Common Ground

Die bereits beschriebenen Überlegungen kann man nun anwenden auf den Anfang einer tiefenpsychologischen Behandlung. Die Patientin ist vorinstruiert, dass ihre Behandlung audiografiert werden soll; sogleich wird dieser Teil des »Projekts« zum Anlass, einen »common ground« für ein beginnendes Gespräch aufzubauen:

Zweites Beispiel: TP, erste Sitzung

- 1 T: Ich mache erneut eine (.) Bandaufnahmenprobe, (1) .h u::n:d (---) spule jetzt
zurück, (--) >heute ist der Dreiundzwanzigste Vierte Zweitausendeins.<
- 2 ((Aufnahme wird beendet und wieder eingeschaltet))
- 3 (2.9) ((Rascheln))
- 4 P: [°Na ich seh schon Sie ham (.) das Mikrofon schon aufgebaut;°]
[starkes Rascheln]
- 6 T: JA:;! >H H<
(---) ((starkes Rascheln))
- 8 P: hat ich schon wieder vergessen.=
- 9 T: =Ja.
- 10 (4.8) ((Papiergeraschel))
- 11 T: ↑ Ja (1.3) ((Rascheln hört auf))

Die Therapeutin spricht das Datum der Sitzung auf das Band; es wird abgeschaltet (wir wissen nicht, wie lange) und die Patientin macht einen ersten, °leise° gesprochenen Kommentar über etwas »Sichtbares« – »°Na ich seh schon Sie ham (.) das Mikrofon schon aufgebaut;°«.

Solche Anfänge mit »joined attention«, die etwas minimal Vorhandenes, in beider Wahrnehmungsraum Befindliches, ansprechen, ist ein häufiges Mittel, einen »common ground« vom sensuellen Bereich einer Wahrnehmung in die konversationelle Zone zu transformieren. P sieht etwas, sieht, dass die andere etwas sieht – und spricht es an; ein illustratives Beispiel für »stille« Kommunikation des »my mind is with you«.

Dass dabei Möglichkeiten der affektiven Regulierung gesucht werden, etwa Überwindung von anfänglicher Beklommenheit, können wir im Augenblick nur vermuten; aber dieser Vermutung kann man Raum geben.

Die Therapeutin reagiert mit einem laut gesprochenen »JA!« und atmet kräftig ein und aus.

Diese minimalistische Äußerung fungiert als Kontextmarkierung. In einer Alltagssituation würde man eine komplementäre Erwiderung erwarten, die das vorbereitende Aufbauen des Mikrofons wiederum kommentiert. Das knappe, akzentuierte und laute »JA!« markiert einen anderen, den professionellen, genauer noch: verfahrensspezifischen Kontext. Eine Bemerkung zu kommunikativen Markierungen:

Während Ärzte etwa durch weißen Kittel und Stethoskop unmittelbar und beständig kommunizieren, dass sie Ärzte sind, kann eine Therapeutin auf keinerlei solche dinglichen Kontextmarkierungen verweisen. Sie muss das Projekt, das »Therapie« heißt, durch *kommunikative* Marker herausheben und von ähnlichen konversationellen Gattungen – wie etwa Klatsch (Bergmann, 1987; Schneider, 2012), freundschaftlichen oder kollegialen Gesprächen oder etwa einem Verhör – unterscheiden. Was in psychoanalytischen Begriffen als »Neutralität« beschrieben wird, muss kommunikativ realisiert werden. Solche Realisierungen erfüllen multiple Funktionen.

Das »JA!« ist erkennbar knapp und deshalb einer vielfachen Auslegung durch die Patientin fähig. Sie erhält die knappste Bestätigung ihrer ersten Bemerkung, die man sich vorstellen kann; das »JA!« könnte bedeuten, dass sie »gehört« wurde, aber es kann auch mehr bedeuten, dass der Inhalt – die Bemerkung über das Mikrofon – zustimmend aufgenommen wird. Da beides zugleich offen gelassen wird, teilt es mit, dass hier eine besondere Gesprächsform entstehen wird, es weist voraus. Das gemeinsame Projekt »Therapie« wird eröffnet.

Die Patientin reagiert nun mit einer Wendung zu sich selbst; sie teilt mit, »schon wieder vergessen« zu haben. Die rhetorische Form der Ellipse³ in Zeile 8 kann hier operieren, weil schon klar ist, was sie vergessen hat: die Sache mit dem Mikrofon. Sie weiß, dass die Therapeutin weiß, worauf sich der ungesagte Teil der Äußerung beziehen wird: »My mind is with you.«

3 Die Ellipse (Bergmann, 1980) ist eine rhetorische Figur, die Sparsamkeit des Ausdrucks möglich macht. Sagt man in einer Kneipe zum Kellner »n Bier bitte«, ist aus dem Kontext deutlich, dass es heißt: »Ich hätte gern ein Bier«. Der eine Punkt der Ellipse wird ausgelassen, weil aus dem Zusammenhang klar wird, was gemeint ist. Deswegen reicht es, wenn die Patientin hier sich in dieser Weise verkürzt ausdrückt. Sie kann den schon etablierten »common ground« in Anspruch nehmen – und baut ihn damit auf.

Ein schmaler, noch nicht besonders belastbarer »common ground« beginnt zu entstehen. Offen ist noch für die Patientin, ob auch umgekehrt gilt: »Is your mind with me?« Die Zuschreibung von kleinen Schwächen an sich selbst – etwas vergessen, etwas verlegt oder etwas nicht mitgenommen zu haben usw. – holt, wie auch der Auftakt in Zeile 5, das in die Kommunikation, was für die Beteiligten schon sichtbar ist. Zugleich bringt es etwas Neues in die Kommunikation, das mehr ist als das Vergessen-Haben: Die Patientin positioniert (Korobov & Bamberg, 2007) sich als nicht-dominant im Verhältnis zum vorangegangenen knappen und akzentuiert-lauten »JA!«.

Die Therapeutin schließt rasch mit einem »Ja«; sie hat zur Kenntnis genommen, was die Patientin über ihr Vergessen sagte. Wir schließen: Der »common ground« ist so weit ausgebaut, dass eine Ellipse verwendbar war, aber die Frage, wer hier führt und wer geführt wird oder in welcher Weise die Beziehung zwischen beiden ansonsten definiert wird, ist noch ungeklärt. Mit etwas erhöhter Stimme sagt die Therapeutin nun ihr »Ja« (Zeile 12), das beim Bandanhören an viele Äußerungen erinnert, mit denen Therapeuten ihre Patienten zu beginnen auffordern. Jetzt sagt die Patientin:

Drittes Beispiel: TP, erste Sitzung, Fortsetzung Zeile 12–23

- 12 T: ↑ Ja (1.3) ((Rascheln hört auf))
 13 P: .h Ham Sie mit der Frau Doktor INNERst nochmal gesprochen?
 14 T: Nein,
 15 P: Gar [nich;
 16 T: [n::]
 17 P: Aber Sie wissen (.) um das Projekt und=
 18 T: =Ja ja; t=klar;=
 19 P: =mhmh=
 20 T: =natürlich. hmhm?=
 21 P: =Oke:..
 22 (1.8)
 23 T: Vielleicht erzählen Sie einfach >das, was Ihnen am wichtigsten ist<, was Sie jetzt (---) zu mir führt?

Erneut greift die erste Bemerkung etwas auf, was zwischen beiden schon thematisch war. Erneut reagiert die Therapeutin mit knappsten Mitteln. Die

Patientin übernimmt nun die Gesprächsinitiative (Zeile 17), vergewissert sich, dass die Therapeutin weiß, worum es geht, und schließt diese deutliche Serie von Artikulationen des »my mind is with you« mit einem finalen »=Oke:«, gedehnt und mit fallender Intonation.

In klinischen Wendungen würde man von einer »Klärung des Überweiskontextes« sprechen. Hier geschieht jedoch hinsichtlich der Ermöglichung von Empathie noch anderes. Neben dem Überweiskontext wird die Frage verhandelt, ob und wie weit die Therapeutin vom Grund für die Aufnahme weiß. Nachdem dies geklärt ist, weiß die Patientin jetzt hinreichend, was die Therapeutin weiß, aber sie weiß noch nicht, ob auch die Therapeutin eine Haltung des »my mind is with you« realisieren wird. Dass die Patientin das trotz ihrer vielfältigen Gesprächsinitiativen noch nicht wissen kann, könnte als Schwierigkeit eines rigide gehandhabten Neutralitätskonzepts verstanden werden. Dies Konzept verlangt eine therapeutische Haltung, die dem Patienten gegenüber nichts zeigt, als was er selbst gezeigt hat – so Freud in seiner Spiegelmetapher. Die Therapeutin markiert die professionelle Differenz zu alltagssprachlichen kommunikativen Praktiken – und zugleich erschwert sie die Etablierung eines »common ground«; die Patientin kann noch nichts wissen über die relevante Dimension des »is your mind with me?«.

An dieser Stelle wollen wir aus diesem Gespräch kein weiteres Material mitteilen, sondern als Ergebnis festhalten, dass wir hier eine besondere Realisierung des behandlingstechnischen Konzepts der Neutralität finden. Neutralität und »stille« Beantwortung von »is your mind with me?« kontrastieren. Einige Probleme dieser Realisierung, aber auch des Konzepts als solchem, sind erkennbar geworden.

Im Vergleich wollen wir nun zur Anfangsszene einer zweiten VT-Stunde übergehen, die erste Stunde liegt uns nicht vor. Ein männlicher Patient, eine weibliche Therapeutin:

Viertes Beispiel: VT, zweite Sitzung

- 1 ((Aufnahme geht los, Stille, man hört jemanden blättern, in längeren Abständen))
- 2 T: °genau.°
- 3 (-)
- 4 P: °fang wa jetzt mal an?°

5	(7)	1
6	T: Heute ist der Fünfzehnte.	2
7	(2.6)	3
8	T: (?des aufgeschrieben.?) Des wert ich dann aus, des zeig ich Ihnen dann das nächste [Mal.	4
9	P: [Ja	5
10	(--)	6
11	T: .h und (.) <u>des</u> is noch 'n Fragebogen, den will ich Ihnen <u>mitgeben</u> .=	7
12	P: =ok=	8
13	T: =des der spart uns einfach ne Menge Zeit.=	9
14	P: =mhmh,=	10
15	T: =Wenn Sie den (--) zu Hause ausfüllen, da geht's halt auch um Ihre	11
16	P: [mhmh,	12
17	T: <Lebensgeschichte>=	13
18	P: =Ja=	14
19	T: =und (-)	15
20	P: ja,	16
21	T: weil dann haben wir das so <u>geballt</u> ; und müssen nich (-)	17
22	P: mhmh,	18
23	(--)	19
24	T: >Also wir kommen sicher hier auch immer wieder drauf, aber dann<=	20
25	P: =Ja	21
26	T: kann man einfach [viel schneller einsteigen. Ja?=<	22
27	P: [Ja genau (-) is ok =ja	23
28	(1.2)	24
29	P: Ja=	25
30	T: °°=schön.°°	26
31	(1.4)	27
32	(-)	28
33	T: Also das waren jetzt so (h) die orga (h)nisato (h)rischen Geschichten? .hhh ja jetzt [wi:e] erging's Ihnen denn in dieser Woche.	29
34	P: [(Räuspert sich stark)	30
35	(1.9)	31
36	P: Heute Morgen hab=ich im Radio; (.) 'n tollen Spruch gehabt.	32
37	(-)	33

Man erkennt sofort eine ganz andere Gesprächsstruktur. Es gibt sehr schnelle (angezeigt durch =) Sprecherwechsel. Vom Patienten hören wir eine erste drängende Äußerung (Zeile 4). Es ist die Therapeutin, die sehr viel mehr spricht als der Patient; das Thema ist das Ausfüllen eines Fragebogens, der »uns einfach ne Menge Zeit« spart (Zeile 13) – auch hier das Drängen der Zeit. Der Patient macht sehr dicht anschließende Hörersignale, die das geschwinde Reden der Therapeutin noch anzufeuern scheinen. Die Therapeutin stuft den Fragebogen über die Lebensgeschichte in zweifacher Weise herab: Man habe das dann »geballt« und könne »einfach viel schneller einsteigen« – Einsteigen in das Projekt.

Deontische Autorität

»Deontisch« ist aus dem Griechischen »deon« abgeleitet und meint die Bindekraft, die Verpflichtungswirkung von Äußerungen – das trifft sich mit dem Thema des »commitment«. Diese Wirkung muss durch Konversation geäußert, in Anspruch genommen, artikuliert – und dann in einem zweiten Zug vom Hörer: beantwortet werden; entweder mit Einwilligung oder mit Widerstand bzw. Widerspruch. Dabei kommen die archetypischen Modalverben des Deontischen zur Geltung: »müssen«, »sollen« oder »dürfen«. Deontische Autorität kann rückwärts gerichtet sein, wenn es um die Frage geht, was man (besser) hätte tun sollen; sie hat jedoch eine größere Bedeutung, wenn es um Entscheidungen über gemeinsame zukünftige Aktivitäten geht. Dann stellt sich die implizite Frage, wer das Recht hat, Entscheidungen anzukündigen, vorzuschlagen und schließlich Entscheidungen zu treffen. Die Antworten des zweiten Sprechers bekommen ihre Bedeutung für die weitere Interaktionssteuerung. Ein zweiter Zug kann zustimmen, widersprechen, die Zustimmung oder den Widerspruch maskieren oder ihn auch verzögern.

Wir haben ein solches Beispiel beim ersten hier analysierten Fall aus einer TP-Stunde schon kennengelernt, als die Therapeutin (Zeile 12) ihr lautes, mit freundlichem Nachdruck gesprochenes »JA!« sagt und die Patientin nun aber nicht folgt, sondern eine Gegenfrage an die Therapeutin richtet (Zeile 13). Auch auf den erneuten Projektstartversuch (Zeile 23), die Patientin möge »vielleicht erzählen«, was »Ihnen am wichtigsten ist«, reagiert

die Patientin mit der Bemerkung, dass die Frau Doktor Innerst die Therapeutin ihr empfohlen habe.

Eine vergleichbare Gesprächskonstellation, an der sich die Bedeutung der Deontischen Autorität schön erkennen lässt, kennen wir aus der Anfangssequenz des »Studenten«:

Fünftes Beispiel: Anfang von »Der Student«, Erstinterview

(Vorgerausche auf dem Band; unverständliche Unterhaltung während sich Schritte nähern, Türen geöffnet oder zugemacht werden)

(Schritte zu hören)

1 T: So (-) hier Platz nehmen

2 (4)

3 ∴: °hhhhh..°

4 (5)

5 (Schritte zu hören)

6 T: SO!

7 (2.4)

8 T: Ich weis::s >über Sie< nicht vie:l (..) >Einzelheiten< °ja:° (..) Thanner hat kurz (.) über Sie gesprochen un gesagt dass Sie ei::n (.) >>Behandlungsplatz suchen<< =

9 P: °°hmhm°°

10 T: =und (-) vielleicht (2) >>sprechen wir da darüber was=Sie<< (1.2) hierher=führt?

11 P: ja un habb=n Sie den BOgen kriegt=den=i=ausg'füllt hab? nd da so=n BOgen ausgefüllt grad WAS eben meine Probleme sin

12 T: Sind ZWANgss::: irgendwelche Zwangss:::= [verhal=

13 P: [=also so °Kontrollzwang°

Das deutsche »So«, mit dem der Therapeut hier beginnt, ist gleichsam ein prototypisches Partikel deontischer Autorität (Barske & Golato, 2010). Es erfüllt verschiedene soziale Funktionen. Eine davon ist, eine Sequenz zu beenden und eine nächste zu eröffnen – hier wird das gemeinsame Herkommen, was an den Schritten auf dem Band deutlich zu hören ist, beendet; etwas anderes beginnt. Der Therapeut hat das Recht, dieses »So« zu verwenden; diese Markierung von Abschluss/Eröffnung bedarf freilich

der Zustimmung. Ein Patient könnte auch anders fortfahren. Das zweite, lauter gesprochene »SO!« des Therapeuten intensiviert nachdrücklich den Impuls, das therapeutische Gespräch zu beginnen, dann macht er einen Vorschlag, dessen einleitendes »vielleicht« ein implizites Wissen um die abhängige Form dieser Autorität erkennen lässt; er kann vorschlagen, doch ob es nun dazu kommt?

Mit »vielleicht (2) >>sprechen wir da darüber was=Sie<< (1.2) hierher=führt« initiiert der Therapeut das Projekt Therapie – und nach den Überlegungen zur konditionellen Relevanz müsste der Patient nun der freundlichen Aufforderung Folge leisten. Er reagiert jedoch mit einer Frage, die nun den Therapeuten in die komplementäre Rolle des Antwortenden nötigt; er kann es nicht vermeiden, die Frage zu beantworten. Deontische Autorität ist, um über die (soziale) Welt bestimmen zu können, auf Kooperation, Bestätigung und Mitarbeit angewiesen und setzt sich entsprechenden Verhandlungsversuchen aus. In klinischer Sprache würde man hier schon die ersten Anzeichen eines Machtkampfes erkennen können.

Auch in der VT-Sitzung findet sich ein ähnliches Muster, jedoch übt hier der Patient den initiativen Part in seiner ersten Bemerkung aus (Zeile 4): »°fang wa jetzt mal an?°« Die Therapeutin hat noch ein »anderes Projekt«, den auszufüllenden Fragebogen, abzuwickeln, bevor angefangen werden könnte, und setzt dieses Projekt, in Eile und mit Rechtfertigungen versehen, durch. Ab Zeile 33 startet sie dann das »Projekt Therapie«, freilich mit einer Formulierung, die weniger den professionellen als vielmehr einen freundschaftlich-privaten Kontext aufruft: »hhh ja jetzt [wi:e] erging's Ihnen denn in dieser Woche.« Ihre deontische Autorität wird allerdings an dieser Stelle so wenig ratifiziert wie in den anderen Beispielen auch. Der Patient beantwortet die Frage nicht, sondern erzählt von dem Spruch im Radio. An diesen Stellen lässt sich erkennen, wie Kooperation noch nicht zustande kommt, die Bildung lokaler Rollen-Paarungen misslingt. Soziale Rollen sind institutionell stabilisiert und überdauernd, wie etwa die von Therapeut und Patient, lokale Rollen jedoch sind die von Fragender-Antwortender, Sprecher-Hörer usw. Lokale Rollen wechseln ständig. Die Nichtbeantwortung einer Frage wird dann selbst ein relevantes Element in der Interaktion. Dabei geht es nicht nur um den fehlenden Inhalt, sondern auch darum, wer denn jetzt weiter sprechen darf. Meist gibt es etwas, was man in klinischer Sprache als »Kompromissbildung«

bezeichnen würde: Der Fragende wiederholt seine Frage und behandelt die ausbleibende Antwort so, als habe der Andere nur nicht richtig zugehört. Das hat unvermeidlich Folgen für die deontische Autorität und ihre Balance in der Interaktion.

Rupture-Repair

Ebenso jedoch wie Mütter keineswegs vollkommen empathisch auf Bedürfnisse ihrer Kinder eingehen können, sondern sich vielfach korrigieren, so korrigieren sich auch Therapeuten, wenn sie merken, dass sie »daneben« liegen. Die Reparaturaktivität richtet sich explizit auf etwas, das zwischen den beiden Beteiligten bereits geschehen ist, was von beiden wahrgenommen werden konnte, und versucht, eine Gesprächsebene über diese Geschehnisse aufzubauen. Wenn das gelingt, kann der Patient eine für Empathie hochgradig relevante, vieldimensionale Erfahrung machen: er bemerkt,

- a) *dass* ein Anderer seinen Rückzug bemerkt und
- b) dass dieser eine Bereitschaft zeigt, sich und seine Beiträge zurückzustellen;
- c) weiter, *wie* der Andere darauf eingeht, und schließlich,
- d) wenn dessen Aktivitäten hilfreich werden und etwas klären.

Das ist für kooperative Vertrauensbildung von erheblicher Bedeutung. Der Patient kann oft gar nicht wissen, ob ein Therapeut tatsächlich vertrauenswürdig ist; zugleich hängt an dieser Frage alles. Kann der Patient aber feststellen, dass dem Therapeuten etwas nicht entgangen ist, was ihn, den Patienten, verstört hat, und der Therapeut Reparaturaktivitäten einleitet, dann kann er die Frage nach der »mindfulness« (Ryan et al., 2012) seines Therapeuten positiv zu entscheiden beginnen.

Der Begriff der »ruptures« spricht an, wenn die beschriebenen Kooperationen noch nicht gelingen, wenn die Beteiligten noch nicht erwarten können, welche lokalen Rollenfunktionen der Andere einnehmen wird, welches »Paar« sie werden. Natürlich können »ruptures« auch in späteren Verläufen auftreten, etwa wenn ein Patient Illoyalität seines Therapeuten sieht oder Ähnliches. »Ruptures« sind nicht an Anfangssituationen gekoppelt. Mit solchen Rupturen beginnen viele Therapien, aber damit ist

noch nicht die gesamte Therapie gescheitert. Vielmehr können die reparierten Rupturen zu einer besseren Patient-Therapeuten-Beziehung führen.

Aus der tiefenpsychologischen Behandlung wollen wir ein Beispiel aus der gleichen Anfangssitzung zeigen. Die Patientin hatte sich etwas zögerlich die Startinitiativen ihrer Therapeutin zu eigen gemacht und einiges aus ihrem Leben berichtet. Sie schließt diese Erzählung mit einer kleinen Coda: Sechstes Beispiel: Gleiche TP wie im dritten Beispiel, erste Sitzung

146 P: ((einige Worte ausgelassen)) Und ich hab dann auch festgestellt, dass ich: eben (1,7) dass es mir mittlerweile beruflich ziemlich viel ausmacht wie ich drauf bin also: (-) das mir (---) °h° (durch die Nase) (--) .hhh (1.5)

147 T: >>°°mhm::;°°<<

148 (1.6) (Geräusche)

149 P: °das mir Selbstvertrau'n fehlt u(h)nd° ((mit bebender schwacher Stimme))

150 T: m: (1) ich hab so den Eindruck, dass Sie sich auch jetzt (.) die erste Zeit, (.) sehr sehr <zusamm<gerissen haben.> hier; ((Knistergeräusch beginnt)) is des richtig, oder (-) hab ich mir das jetzt nur eingebildet;

151 (---)

152 P: Naja wie man's nimmt also.

153 (1.3) ((Knistern))

154 T: also dass Sie versucht[en] se:hr kontrolliert zu sein (.) und (.) ä:er (1.4) ((Geräusche als würde etwas auf dem Tisch hin- und hergeschoben))

155 P: [Kla::r]

156 P: [Ich

157 T: [Haben Sie denn 'n ungutes Gefü:hl er (.)m jetzt (.) mir gegenüber oder ((Geräusch einer aufreißenden Taschentücherpackung)) in dieser Anfangssituation gleich gehabt, (--) ((Knistergeräusch wird weniger))

158 P: IHN!en gegenüber;

159 T: Joa: oder in der Anfangssituation des Gesprächs (---)

160 ((Klatschgeräusch und Knistern hört auf))

161 P: Nee eigentlich überhaupt [nicht. Es ist nur immer nur so ein [bisschen

162 T: [nee? [hmm,

163 P: .hh schwierigs hab ich auch schon im letzten Gespräch gesagt wenn ma [halt (--) .h schon 'n paa:r (--) Anlaufstellen hatte, dann ist das im Prinzip

164 T: [mhm

165 P: immer so; dass man immer (.) °w::°ieder neu anfängt zu <erzä:hln,> und; .h

Die Therapeutin macht, in der Terminologie von Heritage, mehrere »observer responses« (»dass Sie sich sehr zusammengerissen haben«, »dass Sie versuchten sehr kontrolliert zu sein«). Diese sind der Form wie dem Inhalt nach weit umfänglicher, als sie im Alltag zu beobachten wären. Die Spezifität der professionellen Konversation wird aufgebaut. Sie wird eingeleitet von abschwächenden Wendungen wie »ich hab so den Eindruck« (Zeile 150), die »portioniert« kommen. Die Ratifizierungen durch die Patientin, die teils zögerlich mit »Naja ...« (Zeile 152), teils mit einem entschiedenen »Kla::r« (Zeile 155) zustimmt, werden abgewartet. Schließlich erfährt die Therapeutin einen weiteren Grund für die vorsichtige Haltung ihrer Patientin: Es ist der Überweisungsmodus, »dass man immer (.) °w::°ieder neu anfängt zu <erzä:hln,>« (Zeile 165).

Wichtig ist aber nicht nur die Information über Gründe dieser verständlichen Verstimmung, sondern dass auf diese Weise etwas »aus dem Weg geräumt« werden kann, was die Patientin ansonsten ungesagt – also auch ungehört – weiter durch das Gespräch getragen hätte.

TPS

Die Differenz zwischen dem klinisch Beschriebenen und dem mikroanalytisch Beobachtbaren macht sich auch an diesen Stellen bemerkbar. Wir wollen ein Beispiel aus der mittleren Zeit der hier vorgestellten TP-Behandlung analysieren. Wir glauben, dass es lehrreich ist, solche Beispiele in dieser Detailliertheit zu studieren, weil sich daraus manche Einsichten für vergleichbare Situationen ergeben. Es handelt sich um eine Auseinandersetzung wegen eines fraglichen Irrtums bei einer Ausfallhonorar-Rechnung.

Siebttes Beispiel: Gleiche TP, 50. Sitzung, Anfang

- 1 (5) ((Rascheln, lautes Knallen))
- 2 P: Äerm: (.) ich würd nur drauf zurück komm mit de:r Rechnung, des letzte
- 3 Mal; (---)
- 4 T: hmhm,
- 5 P: Ich glaub (-) schon dass=das (-) >also< (--) >von der Rechnung her nich<
- 6 aber das das mir richtig das: (--) mir insgesamt richtig gerechnet habn:,
- 7 m ich glaub es lag einfach daran, das wir (---) äerm die Woche, glaub ich

- (-- Mit dem Ausfall<n; so: definieren: (.) müssten also entweder Donnerstag oder montags, oder so solche Sachen, wie zum Beispiel den Feiertag (---) einfach beide gleich (.) g- gleich rechnen.
- 5 (-)
- 6 T: Nja des war einfach n Versehen meinerseits. Zumal Sie mich auch noch drauf aufmerksam gemacht hatten. (---) in der Stunde vorher.
- 7 (1.2)
- 8 P: JA! H! ((lacht))
- 9 (---)
- 10 P: Ja also ich [ich war ich war 'n bisschen
- 11 T: [?
- 12 T: Und dadurch ähr ährm (-) hab ich das einfach in meinem Kalender durchgezählt, und hab Ihre Ausfallter[mine angeschaut und dann (-) war's halt der Fünfte.
- 13 P: [mhm,
- 14 (---)
- 15 T: ABER! Esis: (---) sozusagen (.) ich hoffe, dass Sie (-) des nicht jetzt übelnehmen. h ((lachend))
- 16 (-)
- 17 P: NEE::! E::w [(?) ((59)) Sie könn ja ganz genau ich muss Ihnen des ja erzählen
- 18 T: [ja?
- 19 P: das is sone Art. (---) Äerm: (1.9) typischer Ablauf. (-) was da oben vorgeht [des passt ma ((lacht))
- 20 T: [Ja? NUN? MAL ERZÄHLN! Weil (-)
- 21 P: [Also des äe:r
- 22 T: [FÜR! MICH! IS! DES! KEIN! PROBLEM! MIR! TUT! DES! LEID!..=
- 23 P: =j[a
- 24 T: [Ä:ERM:!! (-)
- 25 P: Ich [hab mich so gefreut?

Es geht um eine gering scheinende Differenz. Auf der Rechnung stand eine Stunde, bei der die Therapeutin sich vertan hatte und das umstandslos eingesteht. Die Patientin möchte ihrerseits mitteilen, dass sie eine Art Entdeckung zu erzählen habe. Schaut man sich diese Einleitung der 50. Stunde genau an, fallen kleine unterschiedliche Relevanzmarkierungen ins Auge. Die Patientin möchte »nur« (Zeile 2) darauf zurückkommen, sie stuft die

Angelegenheit herunter, will ihre Entdeckung erzählen; die Therapeutin stuft die Relevanz hingegen hoch (Zeile 6) zu einer gesteigerten Selbstanklage: »Zumal Sie mich auch noch drauf aufmerksam gemacht hatten. (...) in der Stunde vorher.« Daran schließt sich die Hoffnung der Therapeutin an, die Patientin möge das nicht übelnehmen, und schließlich die mit deutlich verstärkter Stimme und kräftigen Akzenten gesprochene Bemerkung der Therapeutin, dass ihr das leid tue und dies »kein Problem!« sei. Erst nachdem die Therapeutin sich gleichsam die »Absolution« der Patientin geholt hat, kann diese erzählen, um was es dabei aus ihrer Sicht ging.

Achtes Beispiel: Fortsetzung des vorigen

25 P: Ich [hab mich so gefreut?

26 T: [mir is des NIE! angenehm. Wenn ich äer äer sowas (.) machen, [muss? oder ich mach des

27 P: [N:ee: is=a (.) is ja kla:ar es ging nur drum also (.) [weil ich dann halt

28 T: [mhm,

29 P: auch immer gleich äer in Anführungs[zeichen unabhängig,

30 T: [>hmhm?<

31 P: also vom vom Ablauf her=

32 T: =mHHm,=

33 P: =is des natürlich völlig typisch
in=ner Situation wi::e (--) w=wenn sowas entsteht, also: (---) >°dass ich des
so:: glaub ich< da dran ganz gut sehn kann was so in mir vorgeht.° Ich fands
auch selber ganz interessant, weil (.) ich bin in der Stunde ja (-) eigentlich
sag ich mal (--) äer so: ge=gekommen, (---) dass ich (--) mich gefreut hab. Und=

34 T: =hmhm,=

35 P: =wie son eine Art Vertrauen gefunden hab,
dass wir uns ja relativ, lang nicht gesehn ham, >also fast vier Wochen [oder so:,<
(--) und dann hat des geklappt ohne

36 T: [mHHm,

37 P: zu telefonieren, und ohne irgendwas (.) auszumachen oder so=

38 T: =mhmh,

39 P: sondern (--) einfach weil's halt äem

40 T: weil's halt sicher [war, ne?

- 1 41 P: [gespei (h)chert [war sozusagen
2 42 T: [>m=Ja (h)a?< mhm,
3 43 P: <un:d äerm:> (1.1) umso mehr hats mich dann >°hats mich dann° scho-
4 ckert? >weil ich gedacht hab° hups, (--) wa- is=jetzt >wieder irgendwas<
5 net in Ordnung gewesen. (?und=halt?)=
6 44 T: =mHHm!
7 45 (---)
8 46 P: Ä:erm hatte ich eigentlich eher das Gefühl, dass ich relativ heftig? reagiert
9 hab? Oder dass ich also m:ich ja auch (.) also. (1.1) gewe:hrt hab dagegen weil
10 ich irgend[wie mich im Recht gefunden [hab. Und so und, (---)
11 47 T: [mhmh,
12 [mhmh,
13 48 T: hmhm,
14 49 (1.1)
15 50 P: Bin dann <raus>? Zur U-Bahn gegangen und hab dann auch gedacht
16 irgendwie (2.3) Es hat mich enttäu:scht? Und und geärgert dass irgendwas
17 nich so:: >also dass< (-) dass des Vertraun, irgendwie > ich hab des als schon
18 fast als< Vertra:u? Also (--) des Vertraun war doch nich da:. sozusagen. [Jetzt
19 ist irgendwie was passiert, was w (--) [doch dieses
20 51. T: [mhmh, [↓mHHm,!
21 52. P: was ich aufgebaut hab (.) >wieder< zerstört hat sozusagen. Und dann (.)
22 [>hab ich< so drüber na:chgedacht und (---)
23 53. T: [°mhmh,°
24 54. P: hab dann auch gedacht (--) des hat mich jetzt einfach auch geärgert, >weil
25 ich gedacht hab ich hätte richtige gerechnet? Und so [weiter
26 55. T: [m:hm;;
27 56. P: Und dann hat aber langsam und sicher so der Prozess angesetzt dass ich nich
28 mich dauernd selber rechtfertige? <oder mich auf der richtigen (--) Seite fühle?>
29 (--) sondern das ich dann angefang< hab auch Ihre Seite durchzurechnen.
30 Obs <nicht doch> sein könnte da:s, (--) und (.) zum Beispiel auch die
31 Tatsache (1.6) >und des (.) wollt ich auch mit [Ihn<n besprechen?< (---)
32 57. T: [m::

Wir wollen diese Sequenz hier für sich stehen lassen. Sie demonstriert eindrücklich, wie die Patientin davon spricht, dass »eine Art Vertrauen gefunden« wurde, dieses Vertrauen dann aber durch die irrtümliche Rechnungs-

stellung arg irritiert wurde; dass sie das mit einer offenbar älteren Erfahrung verknüpfen konnte («was ich aufgebaut hab, wieder zerstört hat sozusagen») und wie sie daran gemerkt hat, dass sie sich nicht dauernd selbst rechtfertigen muss. Dieses Stück produktiver therapeutischer Arbeit zeigt, dass selbst eine scheinbar zu Anfang entgleisende TPS auf eine Weise gehandhabt werden kann, die der Patientin gelingende Selbstaufklärung ermöglicht. Das Beispiel kann so verstanden werden, als trafen hier zwei »troubles teller« aufeinander, die jeweils die komplementäre Position nicht besetzt vorfinden. Die Therapeutin sucht Entlastung, die Patientin ein »Ohr« für ihre Entdeckung. Zwei »troubles teller« aber können kein »pair« bilden – aber es gelingt das »re-pair« dieser lokalen Irritation.

Empathie, so sieht man hier prägnant, hat mehr als eine epistemologische, sie hat existenzielle Bedeutung. Die Suche nach Verstandenwerden, trotz aller Schwierigkeiten, bleibt das zentrale Movens der Behandlung, weil nur so ein Patient mit bislang nur potenziellen Seiten in die soziale Existenz kommen kann. Wie Empathie das bei verschiedenen Menschen ermöglicht, bleibt in vielen Details genauer zu klären.

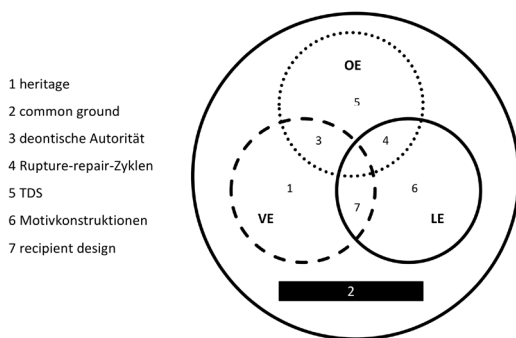
4 Einordnung

Es gibt Momente tiefer, gegenseitiger Verschmelzung, die körperliche Prozesse »limbischer Resonanzen« (Hofer, 1987, 1996) mitklingen lassen und in denen, obwohl meist als »sprachlos« beschrieben, ein Wissen übereinander in einer Weise transparent wird, die man ohne diese Erfahrung nicht für möglich gehalten hätte. Dies sind Momente, die von den meisten Menschen, ob Therapeuten oder nicht, mit dem Wort »Empathie« belegt werden. Tatsächlich jedoch ist es klinische Erfahrung, dass der Weg zu solchen »Orten der Empathie« steinig und mühsam ist. Kommt Empathie auf diesen Wegen nicht vor?

Wahrscheinlich kann man sich dieser Frage am ehesten nähern, indem man Empathie graduell konzeptualisiert. Es gibt Situationen in Gesprächen, in denen erkennbar um Empathie gerungen, es gibt andere, in denen Empathie direkt verunmöglicht wird – aber dennoch wird miteinander weiter gesprochen oder wieder zu sprechen begonnen. Solange man also »in Konversation« ist, hat Empathie ihre Chance. Das Gespräch fundiert Empathie,

die sich »im Gespräch« überhaupt erst herstellen muss – das ist die Koproduktion von Empathie. Demnach kann man gesprächsweise Vorbedingungen von eigentlichen Empathie-Realisierungen unterscheiden. Weiter gibt es ausgezeichnete »Orte«, an denen Empathie sich in besonderer Weise bewähren muss. Und zuletzt müssen die Gesprächspartner gemeinsame Leistungen vollbringen, damit der Prozess der Gesprächs- und Beziehungsvertiefung voranschreiten kann.

Wir wollen unser Projekt einer »Architektur der Empathie« hier grafisch und damit zusammenfassend darstellen (s. Abb. 2).



Erläuterung zu Abbildung 2: Empathie hat Voraussetzungen (VE), etwa so einfache Umstände, wie sich im Gespräch zu befinden. Diese Voraussetzungen können in empathische »Pfade« einmünden, oder aber zu Abbrüchen führen. Wir nehmen weiter »Orte der Empathie«

Abb. 2: Das Projekt einer Architektur der Empathie

(OE) an, das sind v. a. TPS und RRZ (rupture-repair-Zyklen). Schließlich gibt es »Empathische Leistungen« (LE), die keineswegs nur einseitig vom Therapeuten erbracht werden. Wenig untersucht sind die empathischen Leistungen von Patienten für ihre Therapeuten und deren Fehler (Kächele & Grundmann, 2011). Orte, Voraussetzungen und empathische Leistungen konstituieren das »empathische Feld«, das sich an der wachsenden Sicherheit des, bezeichnenderweise zugrunde liegenden, »Common ground«, in einer Zunahme von Alignment und Affiliation, den Beteiligten mitteilt. Dieses Feld ist in der oben beschriebenen Grafik als ein, das Schaubild umschließendes, Oval dargestellt. Die empathischen Leistungen teilen sich in der Gestalt von Motivkonstruktionen, in Rezipienten-Zuschnitten und in den RRZ mit. Wir betonen nochmals, dass das keineswegs nur in einer Richtung, vom Therapeuten zum Patienten, geschieht, sondern beidseitig zu beobachten ist.

Wir hoffen deutlich gemacht zu haben, dass dieses Projekt einer psychoanalytischen Prozessforschung Empathie als eine aus vielen Komponenten zusammengesetzte therapeutische Leistung untersuchen kann. Das Gesamt bezeichnet die Architektur der Empathie, wie sie sich konversationell realisiert.

Viele Autoren haben zu Recht betont, bei Untersuchungen der Empathie mache der Ton die Musik, die Prosodie dürfe also nicht fehlen. Die dazu bisher vorgenommenen eigenen Studien in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Uli Reich von der FU Berlin erweisen sich als ungewöhnlich aufwendig (Buchholz & Reich, 2015). Wir werden der methodischen Programmatik folgen, dass wir mittels der hier beschriebenen konversationsanalytischen Vorgehensweise einige markante Stellen herausuchen wollen, an denen »etwas passiert«, und diese Stellen unter das prosodische Mikroskop legen, um zu explorieren, ob und was an diesen Stellen stattfindet.

Wir empfehlen diese Art von Prozessforschung der Aufmerksamkeit von Klinikern. Wir haben zwar eine ungewöhnliche Sprache verwendet, ohne die wir das aber nicht leisten können. Das ist für klinische Leser eine gewisse Zumutung. Der Gewinn wird darin liegen, dass wir eines Tages besser unser therapeutisches Hauptarbeitswerkzeug, Behandeln durch Sprechen, verstehen werden. Kliniker müssen nicht »umschulen«, sondern verstehen, so unsere Hoffnung, dass es »etwas dazu« gibt, was hilft, die komplexen Konversationen des klinischen Alltags umfangreich analysieren zu können.

Literatur

- Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen & I. Leudar (Hrsg.), (2008), *Conversation Analysis and Psychotherapy* (S. 26–42). Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Aragno, A. (2008). The language of empathy: An analysis of its constitution, development, and role in psychoanalytic listening. *J Am Psychoanal Ass*, 56, 713–740.
- Wilde Astington, J. (2006). The Developmental Interdependence of Theory of Mind and Language. In S. C. Levinson & N. J. Enfield (Hrsg.), *Roots of human sociality. Culture, cognition and interaction* (S. 179–206). Oxford: Berg Publishers.
- Baron-Cohen, S. (2011). *The Science of Evil. On Empathy and the Origins of Cruelty*. New York: Basic Books.
- Barske, T. & Golato, A. (2010). German »so«: managing sequence and action. *Text & Talk*, 30(3), 245–266.

- 1 Baumeister, R.F. & Vohs, K.D. (2007). *Encyclopedia of Social Psychology*. A SAGE Reference
- 2 Publication. Los Angeles, London, New Delhi: SAGE Publication.
- 3 Bergmann, J.R. (1987). *Klatsch. Zur Sozialform der diskreten Indiskretion*. Berlin, New York: de
- 4 Gruyter.
- 5 Bergmann, J.R. (2000). Reinszenierungen in der Alltagsinteraktion. In U. Streeck (Hrsg.), *Erin-*
- 6 *nern, Agieren und Inszenieren – Enactments und szenische Darstellungen im therapeuti-*
- 7 *schen Prozeß*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 8 Bergmann, J.R. (2013). Die Trivialität der Katastrophe – Situationen als Grenzobjekte. In R. Hör-
- 9 *ter, S. Köngeter & B. Müller (Hrsg.), Grenzobjekte. Jenseits der Differenz – Entwicklungs-*
- 10 *formen in der Sozialwelt* (S. 285–301). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 11 Bergmann, J.R., Dausendschön-Gay, U. & Oberzaucher, F. (Hrsg.). (2014). »Der Fall«. *Studien*
- 12 *zur epistemischen Praxis professionellen Handelns*. Bielefeld: transcript Verlag.
- 13 Bergmann-Mausfeld, G. (2000). Empathie und Resonanz – Psychoanalyse und Säuglingsfor-
- 14 *schung. Forum Psychoanal, 16, 204–213.*
- 15 Bischof-Köhler, D. (1989). *Spiegelbild und Empathie*. Bern: Huber.
- 16 Blohm, F. (2011). Das Unbehagen am Ausfallhonorar. *Forum Psychoanal, 27, 61–81.*
- 17 Braten, S. & Trevarthen, C. (2007). Prologue: From infant intersubjectivity and participant
- 18 *movements to simulation and conversation in cultural common sense*. In S. Braten
- 19 *(Hrsg.), On Being Moved. From Mirror Neurons to Empathy. Advances in Consciousness*
- 20 *Research, Volume 68* (S. 21–35). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Publica-
- 21 *tion.*
- 22 Breithaupt, F. (2009). *Kulturen der Empathie*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- 23 Breyer, T. (Hrsg.). (2013). *Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropo-*
- 24 *logische Perspektiven. Übergänge, Band 63*. München: Fink Verlag.
- 25 Brylla, K. (2013): Der Ausfallhonorarkonflikt als Ventil für Probleme in der begleitenden El-
- 26 *ternarbeit*. In I. Focke, M. Kayser & U. Scheferling (Hrsg.), *Fachbuch. Die phantastische*
- 27 *Macht des Geldes. Ökonomie und psychoanalytisches Handeln* (S. 275–289). Stuttgart:
- 28 *Klett-Cotta.*
- 29 Buchholz, M.B. (2011). Das Unbewusste an der Oberfläche – Seelische Innenwelt und
- 30 *Konversation*. In P. Diederichs, J. Frommer & F. Wellendorf (Hrsg.), *Äußere und innere*
- 31 *Realität. Theorie und Behandlungstechnik der Psychoanalyse im Wandel* (S. 195–217).
- 32 *Stuttgart: Klett-Cotta.*
- 33 Buchholz, M.B. (2012a). Von Angst bis Zwang – Welche Kräfte man für »schwere« Störün-
- 34 *gen gut gebrauchen kann. Psychotherapeutenjournal, 11, 308–318.*
- 35 Buchholz, M.B. (2012b). Mikroprozesse therapeutischer Interaktion studieren! Folgerungen
- 36 *aus Outcome- und Prozessforschung für die professionelle Praxis der Psychoanalyse.*
- 37 *In B. Boothe & P. Schneider (Hrsg.), Die Psychoanalyse und ihre Bildung* (S. 85–120).
- 38 *Zürich: Sphères (Reihe Sphèreessays).*
- 39 Buchholz, M.B. (2014a). Patterns of empathy as embodied practice in clinical conversation
- 40 *– a musical dimension. Frontiers in Psychology, 5. DOI: 10.3389/fpsyg.2014.00349*
- 41 Buchholz, M.B. (2014b). Die Feinheiten therapeutischen Sprechens. Konversationsanalyse
- 42 *eines psychoanalytischen Erstgesprächs*. In I. Bozetti, I. Focke & I. Hahn (Hrsg.), *Uner-*
- 43 *hört – Vom Hören und Verstehen. Die Wiederentdeckung der grundlegenden Methoden*
- 44 *der Psychoanalyse* (S. 219–224). Stuttgart: Klett-Cotta.
- 45 Buchholz, M.B., & Alder, M.-L. (2015). Communicative Violence in Psychotherapy. *Language*
- 46 *and Psychoanalysis, 4(2), 4–33.*

- Buchholz, M.B. & Gödde, G. (2013). Balance, Rhythmus, Resonanz: Auf dem Weg zu einer Komplementarität zwischen »vertikaler« und »resonanter« Dimension des Unbewussten. *Psyche – Z Psychoanal*, 67, 844–880.
- Buchholz, M.B. & Reich, U. (2015). Tanz der Einsicht – Linguistische Einblicke in ein therapeutisches Gespräch. *Journal für Psychologie*, 23(2), 11–51.
- Clark, H.H. (2006). Social actions, social commitments. In S.C. Levinson & N.J. Enfield, (Hrsg.), *Roots of Human Sociality. Culture, Cognition and Interaction* (S. 126–152). Oxford: Berg Publishers.
- Collins, R. (1987). Interaction Ritual Chains, Power and Property: The Micro-Macro Connection as an Empirically Based Theoretical Problem. In J.C. Alexander, B. Giesen, R. Münch & N.J. Smelser (Hrsg.), *The Micro-macro Link* (S. 193–206). Berkeley: University of California Press.
- Collins, R. (2004). *Interaction Ritual Chains*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Collins, R. (2008). *Violence – A Micro-Sociological Theory*. Princeton, Oxford: Princeton University Press.
- Collins, R. (2009). The micro-sociology of violence. *Brit J Sociol*, 60, 566–576.
- Collins, R. (2013). Entering and leaving the tunnel of violence: Micro-sociological dynamics of emotional entrainment in violent interactions. *Current Sociology*, 61, 132–151.
- Denis, P. (2011). Commentary on Samuel Zysman's clinical case. In J. Canestri (Hrsg.), *Putting Theory to Work. How are Theories Actually Used in Practice?* (S. 71–78). London: Karnac Books.
- Dreyer, F. & Goßmann, M. (2014). Die »Formulierung« als therapeutisches Referenzieren. *Selbstpsychologie*, 15, 80–104.
- Egbert, M.M., Golato, A. & Robinson, J.D. (2009). Repairing reference. In J. Sidnell (Hrsg.), *Conversation Analysis – Comparative Perspectives* (S. 104–132). Cambridge: Cambridge University Press.
- Forrester, M.A. (2008). The emergence of self-repair: A case study of one child during the early preschool years. *Research on Language & Social Interaction*, 41, 99–128.
- Freud, S. (1927). Nachwort zur Frage der Laienanalyse. *G. W., Bd. XIV*, S. 287–296.
- Gallese, V. & Goldman, A.I. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mindreading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2, 493–501.
- Gallese, V., Eagle, M. & Migone, P. (2007). Intentional attunement: mirror neurons and the neural underpinnings of interpersonal relations. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 55, 131–176.
- Gallese, V., Bertram, W. & Buccino, G. (2011). Spiegelneurone, verkörperte Simulation, Inter-subjektivität und Sprache. In G. Schiepek & W. Aichhorn (Hrsg.), *Neurobiologie der Psychotherapie* (S. 323–338). Mit 32 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.
- Goffman, E. (1978). Response cries. *Language*, 54, 787–815.
- Golan, O., Baron-Cohen, S. & Hill, J. (2006). The Cambridge Mindreading (CAM) Face-Voice Battery: Testing the Cambridge (CAM) mindreading Face-Voice-Battery: Texting complex emotion recognition in adults with and without Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*, 36, 169–183.
- Hayashi, M., Raymond, G. & Sidnell, J. (Hrsg.). (2013). *Conversational Repair and Human Understanding*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Heritage, J. & Lindström, A. (2012). Knowledge, empathy, and emotion in a medical encounter. In A. Peräkylä & M.-L. Sorjonen (Hrsg.), *Emotion in Interaction* (S. 256–273). New York: Oxford University Press.

- Heritage, J.C. (2011). Territories of knowledge, territories of experience: empathic moments in interaction. In T. Stivers, L. Mondada & J. Steensig (Hrsg.), *The Morality of Knowledge in Conversation* (S. 159–183). Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Hofer, M.A. (1987). Early social relationships: a psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosom Med*, 46, 183–197.
- Hofer, M.A. (1996). On the nature and consequences of early loss. *Psychosom Med*, 58, 570–581.
- Heritage, J.C. (2013). Epistemics in conversation. In J. Sidnell & T. Stivers (Hrsg.), *The Handbook of Conversation Analysis* (S. 370–395). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Huber, D., Henrich, G., Gastner, J. & Klug, G. (2012). Must all have prizes? The Munich Psychotherapy Study. In R.A. Levy, S.J. Ablon, & H. Kächele (Hrsg.), *Psychodynamic Psychotherapy Research. Evidence-based Practice and Practice-based Evidence* (S. 51–71). Totowa, NJ: Humana Press Inc.
- Jefferson, G. & Lee, J.R. (1992). The rejection of advice: managing the problematic convergence of a ›troubles-telling‹ and a ›service encounter‹. In P. Drew & J.C. Heritage (Hrsg.), *Talk at work. Interaction in institutional settings* (S. 521–548). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kächele, H. & Grundmann, E.M. (2011). Fehlerkultur. *Psychother. Soz.*, 13, 5–9.
- Kitzinger, C. (2013). Repair. In J. Sidnell & T. Stivers (Hrsg.), *The handbook of conversation analysis* (S. 229–257). Chichester, West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Koenig, C.J., Wingard, L.M., Sabee, C., Olsher, D. & Vandergriff, I. (2014). Managing patient-centered communication across the type 2 diabetes illness trajectory: A grounded practical theory of interactional sensitivity. *J App Commun Res*, 1–24. DOI: 10.1080/00909882.2014.911943
- Köhler, L. (2004). Frühe Störungen aus der Sicht zunehmender Mentalisierung. *Forum Psychoanal*, 20, 158–175.
- Korobov, N. & Bamberg, M. (2007). Strip poker! They don't show nothing! Positioning identities in adolescent male talk about a television game show. In M.G.W. Bamberg, A. de Fina & D. Schiffrin (Hrsg.), *Selves and Identities in Narrative and Discourse* (S. 253–272). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Pub.
- Krejci, E. (2009). Immersion in the surface. *Int. J. Psychoanal*, 90, 827–842.
- Krejci, E. (2010). Vertiefung in die Oberfläche. *Internationale Psychoanalyse*, 5, 67–88.
- Kupetz, M. (2013). Verstehensdokumentation in Reaktionen auf Affektdarstellungen am Beispiel von ›das glaub ich‹. *Deutsche Sprache*, 13(1), 72–96.
- Lepper, G. (2009). The pragmatics of therapeutic interaction: An empirical study. *Int. J. Psychoanal*, 90, 1075–1094.
- Luke, K.K. & Pavlidou, T.-S. (Hrsg.). (2002). *Telephone calls: Unity and diversity in conversational structure across languages and cultures*. Philadelphia, PA: John Benjamins Pub.
- Mazur, A. (2009). A hormonal interpretation of Collin's micro-sociological theory of violence. *J Theory Social Behavior*, 39, 434–447.
- Meltzoff, A.N. & Brooks, R. (2007). Intersubjectivity before language: Three windows on pre-verbal sharing. In S. Braten (Hrsg.), *On being moved. From mirror neurons to empathy. Advances in Consciousness Research, Band 68* (S. 149–175). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Pub.
- Meltzoff, A.N. & Prinz, W. (Hrsg.). (2002). *The Imitative Mind. Development, Evolution and Brain Bases*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Milner, M. (1957). *On Not Being Able to Paint*. 2. Aufl. Boston: International Universities Press.

- Muntigl, P. & Horvath, A.O. (2014). The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research*, 24, 327–345.
- Ostendorf, U. (2012). Repair oder Reparation? Bewegungen zwischen trügerischer Hoffnung und realistischer Veränderung. *Jb Psychoanal*, 65, 37–59.
- Petersen, Y. & Köhler, L. (2005). Die Bindungstheorie als Basis psychotherapeutischer Interventionen in der Terminalphase. *Forum Psychoanal*, 21, 277–293.
- Pfänder, S. & Gülich, E. (2013). Zur interaktiven Konstitution von Empathie im Gesprächsverlauf. Ein Beitrag aus der Sicht der linguistischen Gesprächsforschung. In T. Breyer (Hrsg.), *Grenzen der Empathie* (S. 433–458). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Pyers, J.E. (2006). Constructing the Social Mind: Language and False-Belief Understanding. In S.C. Levinson & N.J. Enfield (Hrsg.), *Roots of human sociality. Culture, cognition and interaction* (S. 207–228). Oxford: Berg Publishers.
- Richter, H.-E. (1963). *Eltern, Kind und Neurose*. Stuttgart: Klett.
- Rotmann, J.M. (1992). Ist die Übertragungsbedeutung des Gutachterverfahrens analysierbar? *Psychoanalyse. Klinik und Kulturkritik*, 46, 178–219.
- Rotmann, J.M. (1994). Third-party payment: Can its transference significance be analyzed? *Annual Psychoanal*, 22, 145–170.
- Ruusuvuori, J. (2005). »Empathy« and »sympathy« in action: Attending to patients' troubles in Finnish homeopathic and general practice consultations. *Social Psychological Quarterly*, 68, 204–222.
- Ruusuvuori, J. (2007). Managing affect: Integration of empathy and problem-solving in health-care encounters. *Discourse Studies*, 9, 597–622.
- Ryan, A., Safran, J.D., Doran, J.M. & Muran, J.C. (2012). Therapist mindfulness, alliance and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22(3), 289–297.
- Sacks, H. (1992). *Lectures on Conversation*. Edited by G. Jefferson, with an introduction by E.A. Schegloff. Oxford: Basil Blackwell.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance – A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
- Schegloff, E.A. (2007). Conveying who you are: the presentation of self, strictly speaking. In N.J. Enfield & T. Stivers (Hrsg.), *Person Reference in Interaction. Linguistic, Cultural, and Social Perspectives* (S. 123–148). Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Schegloff, E.A., Jefferson, G. & Sacks, H. (1977). The preference for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53, 361–382.
- Scheidt, C.E. & Lucius-Hoene, G. (2015). Kategorisierung und narrative Bewältigung bindungsbezogener Traumaerfahrungen im Erwachsenenbindungsinterview. In E.C. Scheidt, G. Lucius-Hoene, A. Stukenbrock & E. Waller (Hrsg.), *Narrative Bewältigung von Trauma und Verlust* (S. 26–38). Stuttgart: Schattauer.
- Schlicht, T. (2013). Mittendrin statt nur dabei: Wie funktioniert Kognition? In T. Breyer (Hrsg.), *Grenzen der Empathie. Philosophische, psychologische und anthropologische Perspektiven* (S. 45–92). München: Wilhelm Fink Verlag.
- Schneider, G. (2014). Es gibt nicht das Wahre im Unwahren, wohl aber das Richtige im Falschen. Über Fehler, Probleme, die sie machen, und Fehler-Leistungen in der Psychoanalyse. *Jb Psychoanal*, 69, 15–48.
- Schneider, W.L. (2012). Klatsch als Parasit der Interaktion und die Moral der Ehre. In R. Ayaß & C. Meyer (Hrsg.), *Sozialität in Slow Motion. Theoretische und empirische Perspektiven; Festschrift für Jörg Bergmann* (S. 595–614). Wiesbaden: Springer.

- Schütz, A. (1932). »Um-zu«- und »Weil«-Motive. In H. Steinert (Hrsg.), (1973), *Symbolische Interaktion. Arbeiten zu einer reflexiven Soziologie* (S. 323–331). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Searle, J. (1997). *Die Konstruktion der gesellschaftlichen Wirklichkeit. Zur Ontologie sozialer Tatsachen*. Reinbek: Rowohlt.
- Searle, J. R. (2009). Einige Grundprinzipien der Sozialontologie. In H. B. Schmid & D. P. Schweikard (Hrsg.), *Kollektive Intentionalität. Eine Debatte über die Grundlagen des Sozialen* (S. 504–534). Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Spillius, E. B. (Hrsg.). (1991). *Melanie Klein – Heute. Beiträge zur Theorie, Bd. 1*. München, Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse.
- Stevanovic, M. & Peräkylä, A. (2012). Deontic authority in interaction: The right to announce, propose, and decide. *Research on Language & Social Interaction*, 45, 297–321.
- Stivers, T., Mondada, L. & Steensig, J. (2011). Knowledge, morality and affiliation in social interaction. In T. Stivers, L. Mondada & J. Steensig (Hrsg.), *The Morality of Knowledge in Conversation* (S. 3–26). Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Stueber, K. R. (2006). *Rediscovering Empathy. Agency, Folk Psychology, and the Human Sciences*. Cambridge, London: MIT Press.
- Der Student (1988a). *Verbatimprotokolle einer Kurztherapie – Teil 1*. Ulmer Textbank.
- Der Student (1988b). *Verbatimprotokolle einer Kurztherapie – Teil 2*. Ulmer Textbank.
- Tomasello, M., Carpenter, M. & Liszkowski, U. (2007). A New Look at Infant Pointing. *Child Developm*, 78, 705–722.
- Tronick, E. (2007). *The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children*, New York, London: W.W. Norton.
- Waal, F. de. (2007). The »Russian Doll« model of empathy and imitation. In S. Braten (Hrsg.), *On Being Moved. From Mirror Neurons to Empathy* (S. 49–73). Amsterdam, Philadelphia: John Benjamins Pub.
- Weiste, E. & Peräkylä, A. (2013). A comparative conversation analytic study of formulations in psychoanalysis and cognitive psychotherapy. *Research on Language & Social Interaction*, 46, 299–321.
- Weiste, E. & Peräkylä, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*, 24(6), 687–701.