

# Umgang mit Verbosität in der psychodynamischen Psychotherapie

## Eine gesprächsanalytische Untersuchung eines Widerstandsphänomens und dessen kommunikativer Bearbeitung

*Carolina Fenner<sup>a</sup>, Thomas Spranz-Fogasy<sup>b</sup>, Maximilian Orth<sup>c</sup>, Christoph Nikendei<sup>d</sup> & Inka Montan<sup>e</sup>*

<sup>a</sup> *Leibniz-Institut für Deutsche Sprache, Mannheim*

ORCID: 0000-0002-3790-2302

E-Mail: [fenner@ids-mannheim.de](mailto:fenner@ids-mannheim.de)

<sup>b</sup> *Leibniz-Institut für Deutsche Sprache, Mannheim*

ORCID: 0000-0003-2536-468X

E-Mail: [spranz@ids-mannheim.de](mailto:spranz@ids-mannheim.de)

<sup>c</sup> *Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg*

ORCID: 0000-0002-1704-2229

E-Mail: [maximilian.orth@med.uni-heidelberg.de](mailto:maximilian.orth@med.uni-heidelberg.de)

<sup>d</sup> *Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg*

ORCID: 0000-0003-2839-178X

E-Mail: [christoph.nikendei@med.uni-heidelberg.de](mailto:christoph.nikendei@med.uni-heidelberg.de)

<sup>e</sup> *Zentrum für Psychosoziale Medizin, Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg*

ORCID: 0000-0002-8638-5823

E-Mail: [inka.montan@med.uni-heidelberg.de](mailto:inka.montan@med.uni-heidelberg.de)

Beitrag eingereicht am 22.12.21, Beitrag überarbeitet eingereicht am 12.07.20.22, Beitrag angenommen am 15.07.22



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

## Abstract

Widerstand als psychoanalytisches Konzept beschreibt die Ambivalenz von Psychotherapiepatient\*innen gegenüber dem therapeutischen Veränderungsprozess. Während der\*die Patient\*in sich mit dem Wunsch, bestimmte Veränderungen zu erzielen, auf die Therapie einlässt, stellen sich diesem Wunsch unbewusste Kräfte entgegen, die versuchen, den Status quo aufrechtzuerhalten. Hintergrund ist die Annahme, dass Widerstand eine Schutzfunktion darstellt, um schmerzhaft Affekte abzuwehren, die integraler Bestandteil eines psychotherapeutischen Prozesses sind. Therapeut\*innen sehen sich vor der Aufgabe, Widerstandsphänomene als solche zu erkennen, deren Funktion zu verstehen und einen gemeinsamen Verstehensprozess mit dem\*der Patient\*in zu ermöglichen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung von Widerstand und dessen kommunikativer Bearbeitung bietet eine wertvolle Ergänzung zur psychotherapeutischen Betrachtungsweise. Ein bislang in der Literatur wenig beachtetes Widerstandsphänomen ist Verbotheit, womit gemeinhin ausufernde, unfokussierte Erzählungen gemeint sind. Aufbauend auf der bisher einzigen gesprächsanalytischen Untersuchung zu Verbotheit als Widerstandsphänomen von Fenner, Spranz-Fogasy und Montan (2022) ist das Ziel der vorliegenden Arbeit, herauszuarbeiten, wie Widerstandsmanagement bei Verbotheit verwendet wird. Dafür werden zwei Fallbeispiele gesprächsanalytisch untersucht. Diese stammen aus einem Korpus 34 videografiert ambulanter psychodynamischer Therapiesitzungen. Anhand des ersten Fallbeispiels wird deutlich, dass Verbotheit als Widerstandsphänomen nicht nur patient\*innenseitig geäußert wird, sondern gemeinsam mit dem\*der Therapeut\*in interaktiv hergestellt und forciert werden kann. Das zweite Beispiel zeigt, wie Widerstandsmanagement zu einer Auflösung des Widerstands führen kann. Die Analysen verdeutlichen zum einen auch, dass der psychoanalytische Widerstandsbegriff aus gesprächsanalytischer Sicht kritisch zu betrachten ist und zum anderen, dass beide Disziplinen nicht unbedingt zu den gleichen Ergebnissen kommen.

Keywords: Widerstand, Verbotheit, Widerstandsmanagement, Konversationsanalyse, Psychodynamische Psychotherapie

---

## 1 Einleitung

### 1.1 Widerstand und Sprache in der psychodynamischen Psychotherapie

Widerstand als ein zentrales psychodynamisches Phänomen bildet sich vielfach in sprachlichen Handlungen von Patient\*innen ab, weshalb die linguistisch-gesprächsanalytische Untersuchung dieser Phänomene einen wichtigen Stellenwert in der Erforschung psychotherapeutischer Gespräche einnimmt. Der auf die Patientin von Josef Breuer, Anna O., zurückgehende Begriff „talking cure“ (Redekur) (Breuer/Freud 2011: 50) verdeutlicht die Rolle der Sprache als das zentrale Agens in der Psychotherapie: Indem Bewusstseinsinhalte und affektives Erleben mithilfe von Sprache transportiert und untersucht werden, können Einsichtsprozesse angestoßen (Jennissen et al. 2018) sowie korrigierende emotionale Beziehungserfahrungen mit dem\*der Therapeut\*in erlebt, besprochen und verinnerlicht werden (Alexander/French 1946: insb. Kapitel 2, 14, 17). Dies kann über die Symptomreduktion hinaus eine neue (Lebens-)Qualität im psychischen wie psychosomatischen Erleben und in der Beziehungsgestaltung des\*der Patient\*in ermöglichen (vgl. Rellecke 1990: 184; Scarvaglieri 2013: 102–104; Wöller/Kruse 2018). Marx et al. (2021: 51) sprechen auch von einer „Omnipräsenz sprachlicher Vollzüge im Kontext therapeutischer Veränderungsprozesse“. All jene Kräfte, die sich diesen Veränderungsprozessen und somit dem

Fortschritt der Therapie entgegenstellen, werden nach Greenson (2007: 71f.) als Widerstand bezeichnet, der sich auf Freuds (1900: 495) Definition bezieht: „Was immer die Fortsetzung der Arbeit stört, ist ein Widerstand“.

Zu betonen ist, dass Widerstand psychodynamisch als wertvoller Indikator für dahinter verborgen liegende, bedeutungsvolle Erfahrungen des\*der Patient\*in (vgl. Messer 2002) gesehen wird, die ein besonders behutsames therapeutisches Vorgehen erfordern. Hintergrund ist die Annahme, dass Widerständen eine Schutzfunktion innewohnt (Thomä/Kächele 2006: 126), die darin besteht, schmerzhaft Affekte wie Angst, Traurigkeit, Wut, Schuld- oder Schamgefühle abzuwehren, während gleichzeitig das Ziel der psychodynamischen Psychotherapie<sup>1</sup> ist, eben diese Affekte zu mobilisieren, um sie in der Therapie bearbeiten zu können. Eine Abgrenzung der Begriffe Abwehr und Widerstand ist wichtig, da „der Begriff des Widerstands der Theorie der Behandlungstechnik zugehört, während sich der Abwehrbegriff auf das Strukturmodell des psychischen Apparates bezieht“ (Thomä/Kächele 2006: 124). Während Abwehrphänomene nur erschlossen werden können, sind Widerstandsphänomene beobachtbar (Thomä/Kächele 2006: 124). Die unbewussten Abwehrprozesse wie Verdrängung, Projektion oder Spaltung bilden die Grundlage für die beobachtbaren Widerstandsphänomene, die sowohl bewusst als auch unbewusst sein können (Greenson 2007: 88ff.; Thomä/Kächele 2006: 124). Grundsätzlich können alle interaktionalen und sprachlichen Verhaltensweisen potentiell als Widerstand fungieren und eingesetzt werden, indem zum Beispiel deren Intensitätsgrad intensiviert wird, sodass die Zusammenarbeit von Therapeut\*in und Patient\*in erschwert oder sogar unmöglich gemacht wird (Thomä/Kächele 1989: 101f.).

Widerstand zeigt sich zwar als Manifestation im Verhalten des\*der Patient\*in, ist aber als ein Produkt der spezifischen persönlichen Charakteristika von Patient\*in und Therapeut\*in und der daraus resultierenden Beziehungsgestaltung und Interaktion zu verstehen (Mahalik 1994). Der\*die Therapeut\*in kann beispielsweise den Widerstand bei dem\*der Patient\*in befördern, wenn er\*sie selbst bestimmte Themen oder Affekte unbewusst abwehrt. Racker (2017: 214) spricht in diesem Zusammenhang von „Gegenwiderständen“, verstanden als „Hemmungen des Analytikers, dem Analysanden bestimmte Beobachtungen und Einsichten mitzuteilen [...] Gegenwiderstände pflegen Identifizierungen des Analytikers mit Widerständen des Analysanden auszudrücken, und zwar auch, wenn sie zugleich mit eigenen Konflikten des Analytikers zusammenhängen“. Auch kann es aus therapeutischer Sicht angebracht sein, Widerstände zum Schutz der therapeutischen Beziehung (zunächst) nicht zu adressieren. Umgekehrt ist die von dem\*der Patient\*in erlebte Tragfähigkeit der therapeutischen Beziehung maßgeblich dafür, inwieweit er\*sie sich im Rahmen der Therapie auf das Erleben bislang abgewehrter Affekte einlässt (vgl. Wöller/Kruse 2018: 222).

---

<sup>1</sup> Der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie (WBP), der der Bundesärztekammer bzw. der Bundespsychotherapeutenkammer beigeordnet ist, fasst unter dem Begriff ‚Psychodynamische Therapie‘ sowohl die ‚Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie‘ als auch die ‚Analytische Psychotherapie‘ zusammen. Die theoretische Grundlage für psychodynamische Verfahren bilden psychoanalytische Konzepte (Thomä/Kächele 2006: 38).

In der Gesprächsanalyse wird Widerstand in der Psychotherapie ebenfalls als interaktionales Konzept betrachtet, das an der sprachlich-interaktiven Oberfläche sichtbar wird: „ein interpersonelles, interaktives Geschehen, in das beide, der Patient und der Analytiker, involviert sind“ (Streeck 1995: 242f.). Das therapeutische Geschehen ist also eine gemeinsame Hervorbringung beider Interaktant\*innen. Die Verwendung von sprachlichen und nicht-sprachlichen Mitteln und Methoden sind die gleichen wie bei nicht-institutionellen Gesprächen. Allerdings machen Patient\*in und Therapeut\*in bei der Hervorbringung von Widerstand besonderen Gebrauch von diesen Mitteln und Methoden – auch in neurotischer Weise (Streeck 1995: 251).

Konversationsanalytische Konzepte wie Präferenzorganisation, *(dis-)alignment*<sup>2</sup>, *(dis-)affiliation*<sup>3</sup> und *Progressivität* können zur Analyse von Widerstand eingesetzt werden, sind allerdings nicht damit gleichzusetzen. Vielmehr kann der Grad der Kooperativität zwischen den Gesprächspartner\*innen analysiert werden – und somit, ob ein\*e Interaktant\*in sich den interaktiven Anforderungen des\*der Anderen (teilweise) widersetzt bzw. Widerstand anzeigt (Läpple et al. 2021: 46ff.; Muntigl 2013: 34; Stivers/Hayashi 2010: 20ff.). Widerstand wird zwar sowohl in der psychodynamischen Psychotherapie als auch in der Konversationsanalyse als interaktionales Konzept verstanden, dennoch kommen beide Disziplinen bei der Analyse eines (vermeintlichen) Widerstandsphänomens oft, aber nicht immer zum gleichen Ergebnis, wie wir in der Analyse des zweiten Fallbeispiels zeigen werden.

Es gibt bereits zahlreiche gesprächsanalytische/konversationsanalytische Untersuchungen zu Widerstandsphänomenen in der Psychotherapie, beispielsweise als Reaktion auf unterschiedliche Handlungen des\*der Therapeut\*in wie *formulations*<sup>4</sup> (vgl. u.a. Antaki 2008; Madill/Widdicombe/Barkham 2001) und Interpretationen (vgl. u.a. Bercelli/Rossano/Viaro 2008; Ekberg/LeCouteur 2015; Peräkylä 2005). Letztere können unterteilt werden in aktiven Widerstand, zum Beispiel als Verbalisierung von Nichtwissen (vgl. u.a. Hutchby 2002; MacMartin 2008), oder passiven Widerstand, wie das Ausbleiben einer Reaktion (vgl. u.a. Yao/Ma 2017) oder unspezifische oder vage Äußerungen (vgl. u.a. Muntigl/Zabala 2008; Schedl et al. 2018).

## 1.2 Verbosität als Widerstandsphänomen

Eine Form des Widerstands, die in der (gesprächsanalytischen) Forschung zu Psychotherapie bisher wenig Beachtung findet, ist Verbosität. Der Begriff *off-topic-verbosity*, der im Deutschen gemeinhin mit Verbosität übersetzt wird, wurde von Arbuckle und Gold (1993:

---

<sup>2</sup> Laut Stivers (2008: 32) äußert sich *alignment*, indem Gesprächspartner\*innen „acknowledge the information provided in the telling and support the progress of the telling“.

<sup>3</sup> Stivers (2008: 35) versteht unter *affiliation* „that the hearer displays support of and endorses the teller’s conveyed stance“.

<sup>4</sup> *To formulate* beschreibt „the practice of proposing a version of events which (apparently) follows directly from the other person’s own account, but introduces a transformation“ (Antaki 2008: 26).

225) geprägt, um „extended speech that is lacking in focus or coherence“ zu benennen. In der allgemeinen wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff meist verwendet, um ältere Menschen zu charakterisieren (vgl. Arbuckle/Gold 1993: 225; Fiehler 2002: 23; Ryan/Kwong See 1998: 59). Menz und Plansky (2014) zufolge, die Verbosität in Arzt\*Ärztin-Patient\*in-Kommunikation untersucht haben, ist diese jedoch keine Eigenschaft, die ausschließlich bei älteren Menschen zu finden ist. Vielmehr könnte verboses Verhalten von Patient\*innen auch durch den\*die Gesprächspartner\*in – den\*die Arzt\*Ärztin – hervorgerufen oder zumindest unterstützt werden, indem diese\*r das Rederecht an *transition relevance places* (Abk. TRP; Stellen möglichen Sprecherwechsels) nicht übernimmt.

In der psychologischen Narrationsforschung kommen die Konzepte *Superficial Storytelling* und *Empty Storytelling* dem der Verbosität am nächsten. *Superficial Storytelling* wird definiert als „[t]alking about events, hypotheticals, self, other, or unclear referents in a vague, abstract manner with limited internal focus“ (Angus et al. 2016: 256), *Empty Storytelling* als “[d]escribing an event with focus on external details and behaviour, and a lack of internal referents or emotional arousal“ (Angus et al. 2016: 256). Beide Konzepte greifen ineinander und sind nicht trennscharf. Zudem werden bei beiden vielmehr der Inhalt der Äußerungen und weniger (interaktions-)sprachliche Merkmale fokussiert, weshalb sie nur bedingt für unsere nachfolgende Untersuchung geeignet sind.

Die einzige Definition von Verbosität (als Widerstandsphänomen), die auf einer gesprächsanalytischen Untersuchung basiert und auch dieser Arbeit als Grundlage dient, wurde von Fenner, Spranz-Fogasy und Montan (2022: 217) formuliert. Als Arbeitsdefinition verwenden sie die folgende:

Verbosität umfasst als Überbegriff weitschweifige bzw. ausufernde Erzählungen mit (für die jeweilige Gesprächssituation) zumindest teilweise irrelevantem Inhalt sowie mit fehlendem inneren Bezug des Erzählenden bzw. fehlender emotionaler Beteiligung und einem beschränkten inneren Fokus. In der Interaktion muss – gemäß den Annahmen der Gesprächsanalyse (vgl. Deppermann 2008) – Verbosität als solche vom Gesprächspartner markiert bzw. behandelt werden.

Bei ihren Analysen stellen sie (2022: 234) die folgenden Merkmale von Verbosität fest:

- (1) Eine Themenverschiebung zu Beginn der jeweiligen Erzählung, die weg von dem zuvor besprochenen, meist sehr persönlichen Thema hin zu einem äußeren Sachverhalt führt
- (2) Erzählgegenstand ist nicht die Erzählende selbst, sondern dritte, nicht anwesende Personen (z.B. die Kollegin oder Schwester) und/oder alltägliche Begebenheiten (z.B. Büroalltag oder Wäsche waschen)
- (3) Wenig oder gar keine Thematisierung von Emotionen
- (4) Hoher Detailliertheitsgrad, der sich insbesondere durch die ausführliche Darstellung von vergangenen Ereignissen zeigt
- (5) Die wörtliche Wiedergabe von Gesprächsausschnitten

In der psychologischen Literatur wird Verbosität als Widerstandsphänomen zwar nicht explizit als solche benannt, aber dennoch häufig thematisiert. Greenson (2007: 75f.) beispielsweise schreibt dazu folgendes:

Wenn der Patient über längere Zeit von oberflächlichen, unbedeutenden, relativ unwichtigen Ereignissen spricht, meidet er etwas, was subjektiv bedeutsam ist. Wenn sich Inhalte ohne Amplifikation oder Affekt oder Vertiefung der Einsicht wiederholen, müssen wir annehmen, daß [sic!] ein Widerstand wirksam ist. [...] Wenn die äußere Situation nicht zu einer persönlichen, inneren Situation führt, ist ein Widerstand am Werk.

Unter Weitschweifigkeit verstehen wir sowohl Ausführungen, die in die Länge gezogen werden, ohne dass wesentlich neue Informationen hinzukommen, als auch Ausführungen, die von einem Thema zum nächsten springen, ohne von für den Gesprächspartner nachvollziehbarer Relevanz für das aktuelle geführte Gespräch zu sein.

Bei der Sichtung der uns zur Verfügung stehenden Daten aus Psychotherapiegesprächen haben wir in mehreren Fällen, die zuvor von Vertreter\*innen der psychoanalytischen Disziplin als Widerstandsmanifestation ausgewählt wurden, Verbosität ausgemacht.

### 1.3 Widerstandsmanagement

Eine von dem\*der Therapeut\*in wahrgenommene bzw. eine als solche interpretierte Widerstandshandlung des\*der Patient\*in eröffnet eine strukturelle Position, an der der\*die Therapeut\*in reagieren muss (zu *third positions* s. Peräkylä 2011). Nach Ermann (2014: 1078) ist „die Analyse des Widerstandes neben der Übertragung das charakteristische Merkmal der Psychoanalyse“. Die erfolgreiche Analyse von Widerständen bewirke, dass die darin enthaltenen Motive nach und nach verarbeitet und integriert werden könnten (Ermann 2014: 1079).

Damit ein Widerstand analysiert und bearbeitet werden kann, muss gemäß der Psychoanalytik der\*die Patient\*in zuerst einmal erkennen, dass er\*sie Widerstand leistet. Dies kann er\*sie manchmal selbst vollziehen, oftmals stößt der\*die Therapeut\*in allerdings diesen Prozess an. Um den\*die Patient\*in mit seinem\*ihrem Widerstand zu konfrontieren, muss der Widerstand demonstrierbar sein. Anschließend ist es die Aufgabe des\*der Therapeut\*in, den Widerstand zu klären und zu deuten. Der\*die Therapeut\*in sieht sich dabei mit der Schwierigkeit konfrontiert, die Bedeutung und Funktion der vom\*von der Patient\*in gesetzten Themen in Relation zueinander zu reflektieren, einzuordnen, zu priorisieren und den gemeinsamen sprachlichen Fokus zu setzen. Außerdem ist eine Begrenzung von Themen, die der\*die Patient\*in aufbringt, nicht (immer) möglich, da dies der zentralen Grundidee der freien Assoziation entgegensteht (Hölzer 2014). Generell gilt

jedoch, dass ein Widerstandsverhalten eher aufgegeben werden kann, wenn der\*die Patient\*in das Gefühl von Sicherheit und Vertrauen zu dem\*der Therapeut\*in hat (Thomä/Kächele 1989: 113).

Bisher wurden zahlreiche Formen des Widerstandsmanagements gesprächsanalytisch untersucht, darunter Reformulierungen der widerständigen Patientendarstellungen (vgl. u.a. MacMartin 2008: 92; Yao/Ma 2017: 229), sukzessive, teils abgeschwächte Fragen (vgl. u.a. MacMartin 2008: 92; Yao/Ma 2017: 227f.) und abwartende Haltungen (vgl. u.a. Muntigl 2013: 23f.; Yao/Ma 2017: 229). Konfrontativere Strategien sind beispielsweise offen kritisierende Thematisierungen des Widerstands (vgl. u.a. Muntigl 2013: 27f.; Vehviläinen 2008). Einige Untersuchungen zeigen, dass sich dies negativ auf den weiteren Gesprächsverlauf und die therapeutische Beziehung auswirken kann (vgl. u.a. Muntigl 2013; Weiste 2015), insbesondere wenn der Widerstand stark ist. Solch konfrontative Interventionsstrategien seien bei geringeren Widerständen erfolgreicher (Beutler/Edwards/Someah 2018) und werden in der Literatur auch dann empfohlen, wenn andere Praktiken erfolglos bleiben und der\*die Patient\*in seinen\*ihren Widerstand aufrecht hält (vgl. Muntigl 2013: 29ff; Vehviläinen 2008; Yao/Ma 2017: 228).

Widerstandsmanagement speziell für das Widerstandsphänomen Verbosität wurde gesprächsanalytisch lediglich einmal untersucht. Fenner, Spranz-Fogasy und Montan (2022: 234f.) benennen, basierend auf drei Fallbeispielanalysen, die folgenden Merkmale als Widerstandsmanagement von Verbosität:

- (1) Zunächst eine abwartende Haltung (Therapeutinnen bleiben in der Zuhörerrolle)
- (2) Wenige oder gar keine Nachfragen und keine Anknüpfung an Details der Erzählung
- (3) Thematisierung von Emotionen
- (4) Bedeutung des Gesagten/des aufgebrauchten Themas für die eigene Person

Allerdings ist zu beachten, dass ihr Fokus weniger auf dem eigentlichen Widerstandsmanagement lag, sondern vielmehr auf der interaktiven Zuschreibung einer Erzählung als Verbosität seitens der Therapeut\*innen.

In der psychologischen Literatur finden sich hingegen Hinweise für Therapeut\*innen für den Umgang mit Verbosität. So empfehlen beispielsweise Wöller und Kruse (2018: 134), Patient\*innen mit hohem Redefluss zu unterbrechen und in einer entängstigenden Weise auf Aspekte hinzuweisen, die für den Fortgang der Therapie wichtig seien. Als Beispiel führen die Autoren u.a. die therapeutische Aufforderung „Lassen Sie uns noch einen Moment bei diesem Gefühl bleiben“ (Wöller/Kruse 2018: 134) an. Außerdem weisen sie darauf hin, dass nicht alle Patient\*innen positiv auf eine solche Intervention reagieren. Therapeut\*innen sollten deshalb darauf achten, die (non-)verbalen Reaktionen eines\*einer Patient\*in aufzugreifen, die anzeigen, ob sie die therapeutische Intervention als mangelnde Bereitschaft des\*der Therapeut\*in erleben und sich aufmerksam den Themen des\*der Patient\*in zuzuwenden. Anhand dessen könnten Therapeut\*innen entscheiden,

ob ein taktvolles Unterbrechen bei Patient\*innen mit hohem Redefluss als hilfreich oder eher als hindernd empfunden wird (Wöller/Kruse 2018: 134f.).

Eine ähnliche Empfehlung gibt Greenson (2007: 116–118): Bei längeren Redebeiträgen eines\*einer Patient\*in über Belangloses rät er Therapeut\*innen entweder zu Schweigen, damit der\*die Patient\*in zunächst seinen\*ihren Widerstand steigert und dann die direkte Konfrontation. Eine andere Möglichkeit ist „die Bitte um ausführlichere Darstellung eines Widerstandspunktes“, damit dieser für den\*die Patient\*in erkennbar wird.

Bei der Analyse unserer Daten konnten wir die folgenden zwei Arten von Widerstandsmanagement bei Verbosität ausmachen: In einigen Fällen forciert der\*die Therapeut\*in die Verbosität des\*der Patient\*in – meistens durch Nachfragen. Die Erzählung wird dadurch immer ausufernder und der Widerstand bleibt – aus psychodynamischer Sicht – aufrecht. Auf der interaktionalen Ebene ist der Widerstand nicht sichtbar, da sich beide Gesprächspartner aneinander orientieren und das Gespräch gemeinsam vorantreiben. Der\*die Therapeut\*in und der\*die Patient\*in stellen somit Verbosität gemeinsam her. Auf der sprachlichen Ebene kann der psychoanalytische Widerstand nachvollzogen werden, da wenig bis gar keine Emotionen Gegenstand der Erzählung sind – wodurch der Therapieprozess aus psychoanalytischer Sicht gehemmt wird.

In anderen Fällen wiederum versucht der\*die Therapeut\*in, durch gezielte Nachfragen von der Erzählung über Dritte weg und hin zum\*zur Patient\*in selbst und seinen\*ihren Emotionen zu lenken. Implizit zeigt der\*die Therapeut\*in dem\*der Patient\*in durch seine\*ihre Nachfragen dessen\*ihren Widerstand auf. Gesprächsanalytisch wird dabei deutlich, dass der\*die Therapeut\*in eine andere Agenda als der\*die Patient\*in verfolgt – und ihm\*ihr somit widerständiges Verhalten zuschreibt. In diesem Fall kann der Widerstand aus psychoanalytischer Sicht anhand der Gesprächsanalyse auf der sprachlich-interaktionalen Oberfläche sichtbar gemacht werden. Beide Arten des Widerstandsmanagements werden wir mit jeweils einem Fallbeispiel ausführlich darstellen.

## 2 Daten

Die der Untersuchung zugrundeliegenden Daten sind Videoaufnahmen ambulanter Sitzungen tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie<sup>5</sup> am Heidelberger Institut für Psychotherapie (HIP), die im Rahmen eines DFG-geförderten, interdisziplinären Projekts zwischen der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik der Universitätsklinik Heidelberg und dem Leibniz-Institut für Deutsche Sprache in Mannheim unter linguistischer und psychotherapeutischer Perspektive analysiert werden. Im Fokus stehen hierbei mögliche Manifestationen von Widerstand in der psychodynamischen Psychotherapie so-

---

<sup>5</sup> Die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie zählt (neben der Analytischen Psychotherapie) zu den im deutschen Gesundheitssystem etablierten psychodynamischen Psychotherapieverfahren mit Abrechnungsfähigkeit bei den gesetzlichen Krankenkassen. Die Sitzungsfrequenz tiefenpsychologischer Behandlungen ist festgelegt auf ein- (bis maximal) zweimal pro Woche (vgl. Jaeggi 2018; Wöller/Kruse 2018: 24ff.).



wie die anschließenden therapeutischen Interventionen. Ziel des Projekts ist die Erstellung einer sprachwissenschaftlich basierten Typologie von Widerstandsphänomenen und Formen des therapeutischen Widerstandsmanagements sowie die Untersuchung von Veränderungen dieser Phänomene im longitudinalen Verlauf.

Das HIP ist ein staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut für Psychologische Psychotherapeut\*innen (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, Systemische Psychotherapie). Bestandteil der ambulanten Ausbildungstherapien ist die kontinuierliche Videographie der Therapiesitzungen zur Qualitätssicherung, Supervision und Prozessforschung (Schauenburg et al. 2019: 51). Für die vorliegende Untersuchung wurde aus den vorhandenen Videodaten eine Stichprobe von  $N = 34$  videographierten Psychotherapiesitzungen gezogen, die Patient\*innen mit den folgenden Merkmalen umfasst: Zu Beginn der ambulanten Psychotherapie liegt als Haupt- oder Nebendiagnose eine depressive Störung nach DSM-IV (zu den Diagnosesystemen siehe Saß/Wittchen/Zaudig 1998), eine gemischt ängstlich-depressive Symptomatik oder eine depressive Persönlichkeitsstörung. Ausschlusskriterien waren das Vorliegen einer Essstörung, einer psychotischen, schizoaffektiven oder wahnhaften Störung oder einer aktuellen Substanzabhängigkeit sowie ein vorzeitiger Abbruch der Therapie. Die Sitzungsaufzeichnungen wurden nur dann transkribiert, anonymisiert und ausgewertet, wenn das schriftliche Einverständnis für die forschungsbezogene Verwendung der Daten sowohl von Patient\*innen- als auch von Therapeut\*innenseite vorlag. Außerdem hat die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg der forschungsbezogenen Verwendung der Daten zugestimmt (AZ: S-2020/2020).

Zur Identifikation und Analyse der *Cases*, also derjenigen Sequenzen innerhalb der Therapiesitzungen, die als Widerstandsmanifestationen interpretiert wurden, wurden die Sitzungen 5, 15 und/oder 30<sup>6</sup> eines\*einer Patient\*in herangezogen. Zusammengefasst besteht das Korpus aus Videoaufnahmen ambulanter Sitzungen von insgesamt 19 Patientinnen und 11 Patienten im Alter von 20 bis 68 Jahren (Mittelwert = 36,9; Standardabweichung = 13,5) sowie 22 Therapeutinnen und 5 Therapeuten. Es wurden insgesamt 103 *Cases* von vier Vertreter\*innen der psychoanalytischen Disziplin identifiziert. Diese wurden anschließend mitsamt des Prä- und Post-Kontextes nach GAT2 (s. Selting et al. 2009) transkribiert, um von drei Vertreter\*innen der gesprächsanalytischen Disziplin analysiert zu werden. Im Vordergrund der Analysen standen die Therapeut\*innenhandlungen, die möglicherweise den Widerstand auslösen, die Widerstandsmanifestationen selbst, das anschließende Widerstandsmanagement sowie die darauffolgenden Reaktionen der Patient\*innen. Ca.  $\frac{1}{4}$  aller *Cases* konnten aus gesprächsanalytischer Sicht nicht als Widerstand bestätigt werden, da dieser sprachlich-interaktional nicht sichtbar wird. Aus dem Großteil der *Cases*, die von beiden Disziplinen als Widerstand identifiziert wurden, stam-

---

<sup>6</sup> Unser Korpus enthält nur die von der Krankenkasse bewilligten Therapiestunden. Zuvor hatten alle Patient\*innen bis zu sieben Sitzungen, die der Probatorik zugerechnet werden.

men die beiden Fallbeispiele, die nach der oben genannten Definition von Verbosität ausgewählt wurden und im Nachfolgenden gesprächsanalytisch (nach Deppermann 2008) untersucht werden.

### 3 Fallanalysen

#### 3.1 Fallanalyse I: Verbosität ohne intervenierendes Widerstandsmanagement

Das erste Beispiel stammt aus der 30. Therapiesitzung einer zu Therapiebeginn 21-jährigen Patientin (P) mit einer Anpassungsstörung mit gemischten affektiven Merkmalen.<sup>7</sup> Vor Beginn des nachfolgenden Ausschnitts fragt die Therapeutin (T) P nach ihrer Arbeit und ob sie mit dem Wechsel in eine andere Filiale zufrieden sei. P bejaht dies. Nach einer kurzen Pause wechselt T das Thema:

Pat23\_T30

Minute 11:38-12:22

\* = Bewegungen von P<sup>8</sup> + = Bewegungen von T ± = Blicke von T

l = links r = rechts U = Unterlagen

Ausgangsposition: P und T sitzen sich gegenüber und schauen sich an; T's Unterlagen liegen auf dem Tisch zwischen beiden Gesprächspartnern.

001 T: hat sie denn noch was aus letzter stunde: (-) beSCHÄFtigt  
worüber wir gesprochen haben?  
002 P: \*mh mh; \*  
\*leichtes Kopfschütteln, Mundwinkel nach unten\*  
003 (0.2)+(2.0) + (6.0) + (3.9)±(0.3)±  
t +Stift von r in l Hand+schreibt+ ±auf U±  
+(2.8) +  
t +Mundwinkel nach unten+  
004 P: \*<<:-> das=einzi\*ge was neu is is dass isch ne neue BRILLe  
\*Schulterzucken \*  
\*krieg>. \*  
\*Schulterzucken\*  
005 (0.8)+(0.9)+(0.8)  
t +nickt+  
006 T: hAm sie sich selber (.) AUSgesucht?  
007 P: ja:-  
008 <<all> also ich> MUSS:te; h°  
009 ich wollt\_s eigentlich noch rausZög+ern,  
t +nickt--->  
010 (.) +bis ich halt wieder bisschen mehr GELD hab,

---

<sup>7</sup> Bei einer Anpassungsstörung mit gemischten affektiven Merkmalen handelt es sich „um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder bei Vorhandensein oder der drohenden Möglichkeit von schwerer körperlicher Krankheit auftreten“ (Dilling/Mombour/Schmidt 2015: 209).

<sup>8</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit wurden nur Bewegungen und Blicke notiert, die für das Verständnis der Analysen relevant sind.

t --->+  
 011 (.) bis ich mir des ANgespart hab-  
 012 Abe:r ähm- °h  
 013 des war glaub ich MITTwochs wo ich des gemerkt hab-  
 014 da saß ich vorm pe CE und-  
 015 (.) saß halt net weit WEG und habs halt verschwOmmen  
 gesehen; +(.) °h+[hh ]  
 t +nickt +  
 016 T: [ah;]

T's Frage, ob P zwischen den beiden Therapiestunden etwas beschäftigt habe, beruht auf der Annahme, dass das, was zwischen den Sitzungen passiert („Inter-Session-Prozesse“) von zentraler Bedeutung für den längerfristigen Therapieerfolg ist (Zeeck/Hartmann/Orlinsky 2004). P's verneinende Antwort (vgl. Z. 2, siehe dazu Raymond 2003) erfüllt zwar formal die Anforderungen der zuvor gestellten Ja-Nein-Frage, inhaltlich wird sie von T jedoch als unzureichend behandelt: Sie stellt keine weitere Frage und schreitet auch nicht auf andere Weise in der Themenprogression fort, sondern wartet zunächst schweigend ab (vgl. Z. 3) – offensichtlich auf eine Expansion des vorangegangenen *turns* von P aufgrund ihrer dispräferierten Antwort (vgl. Pomerantz/Heritage 2013). Dabei beginnt T, sich Notizen zu machen, zeigt mittels heruntergezogener Mundwinkel „epistemic indetermination“ (Debras 2017: 30) an und kündigt somit auch keine *Turn*übernahme an; P schweigt ebenfalls und blickt T abwartend an (vgl. Z. 3).

Schließlich scheint sich P gezwungen zu sehen, das Gespräch wiederaufzunehmen. Statt jedoch an die Frage von T anzuknüpfen, zeigt P ihre Unentschlossenheit über die Relevanz (vgl. Debras 2017: 24) ihrer *answer-like response* (s. MacMartin 2008: 87ff.): Ihre Antwort weist oberflächlich gewisse Ähnlichkeiten zu einer präferierten Antwort auf, allerdings modifiziert P deren Ausrichtung, indem sie ein neues Thema beginnt, welches sie auch als solches benennt: „das=einzige was neu is“ (Z. 4) und zuckt mit den Schultern. Somit erfüllt „sie die spezifischen strukturellen und inhaltlichen Anforderungen nicht vollständig“ (Läpple et al. 2021: 49). Sie drückt vielmehr ein alternatives Verständnis von T's Frage im Sinne einer Veränderung seit der letzten Stunde aus. Nachdem sie das – im Rahmen der Therapie banale und sachliche – Thema einer neuen Brille geäußert hat, beendet sie ihren *turn* mit fallender Intonation, schweigt erneut (vgl. Z. 4f.) und übergibt somit das Rederecht an T. Diese stellt schließlich eine Nachfrage zu diesem neuen Thema (vgl. Z. 6), die dazu führt, P zu mehr Reden zu bewegen – da diese vergleichsweise wortkarg zu Beginn der Therapiestunde scheint – und herauszufinden, ob die neue Brille ein für P problematisches Thema ist. Ersteres gelingt, denn P antwortet ausführlich. Sie schildert detailliert über etliche Intonationsphrasen hinweg (nicht als Transkript abgebildet), wie sie gemerkt habe, dass ihre Augen schlechter geworden sind, sie zum Optiker gegangen sei und der eine Verschlechterung ihrer Hornhautverkrümmung festgestellt habe. Sie habe sich daraufhin eine neue Brille gekauft, die jedoch sehr teuer war. P erzählt ausführlich und mit Redundanzen, bleibt dabei jedoch an der Oberfläche und benennt beispielsweise keinerlei Affekte.

Während der Erzählung unterbricht T nicht, sondern bleibt in der Zuhörerrolle und äußert lediglich *continuer* und gibt Verstehenssignale. Statt das Gespräch auf ihre ursprüngliche Frage zurückzulenken – was P seit der letzten Therapiestunde beschäftigt habe – oder auf P selbst bzw. deren Emotionen, welche dieser Brillenkauf möglicherweise ausgelöst haben könnte, forciert auch T das Thema, indem sie darauf eingeht:

Minute 13:11-13:24 ((28 Zeilen ausgelassen))

045 P: SIN halt;  
 046 (0.5) dreihundertsechzig EUro +wo misch dann-  
 t +nickt--->  
 047 (0.9)  
 048 P: wo:s KOSTet;+  
 t ---->+  
 049 T: ja: (.) is schon viel GELD,  
 050 P: ja;  
 051 T: aber is auch (-) gut ä:h investiT[ION-]  
 052 P: [JA: ] (.) [klar; ]  
 053 T: [wahrsch]einlich in  
 ihre AUgen dann,  
 054 (0.2)  
 055 P: klar;

T zeigt Verständnis für P's Wahrnehmung, dass die Brille sehr teuer sei, woraufhin P dies noch einmal bestätigt (vgl. Z. 50). An dieser Stelle wäre eine Möglichkeit für P, zu elaborieren und für T zu erfragen, was es für P bedeute, in ihre Gesundheit zu investieren. Stattdessen fährt T nahtlos fort und stellt lediglich fest, dass P in ihre Augen investiert habe. P stellt dies mit dem Faktizität stiftenden Ausdruck „klar“ (Z. 52, 55) als *common belief* dar (Péteri 2019: 255). Auf der sprachlichen Oberfläche betont T erneut die sachliche Ebene des Brillenkaufs. Eine Implikation könnte sein, dass sie damit indirekt auch eine Investition in P's Gesundheit und somit in P selbst anspricht. P jedoch fokussiert weiterhin auf äußere Begebenheiten: Im weiteren Verlauf des Gesprächs (nicht als Transkript abgebildet) spricht sie minutenlang über die Kosten der Brille und erzählt, dass sie erst vor anderthalb Jahren die letzte neue Brille bekommen habe und eigentlich schon viel eher zum Optiker hätte gehen müssen. T stellt währenddessen zahlreiche Nachfragen, beispielsweise ob P auch beim Augenarzt war, seit wann sie Probleme mit den Augen habe und wie sie sich mit der Brille fühle. Damit begünstigt T geradezu weitere (verbose) Ausführungen von P, die bei dem sachlichen Thema einer neuen Brille bleibt und folglich die Auseinandersetzung mit persönlich affektiv Relevantem vermeidet. Schließlich kommt T noch einmal auf die hohen Kosten der Brille zu sprechen und spricht erneut sachlich von „investieren“ (Z. 203):

Minute 17:10-17:34 ((143 Zeilen ausgelassen))

199 T: aber des=heißt es is SCHON auch wieder ne größere-  
 200 (0.5) GELDsumme die sie jetzt da-  
 201 P: ja;  
 202 (0.6)  
 203 T: investieren müssen;

204 P: ja-  
 205 (0.2)  
 206 T: in ihre AUgen;  
 207 \*(0.2)  
 p \*nickt--->  
 208 P: j[a -]\*  
 209 T: [mh,]\*  
 p ---->\*(  
 210 (1.6)  
 211 P: es tut zwar schon weh <<:-)> so viel GELD- (.) °hh>  
 212 (0.3)  
 213 P: weil ich ja jetzt eigentlich anfangen wollte zu SPA:ren aber;  
 214 (1.1)  
 215 P: (des=is) halt (-) NOTwendik.  
 216 (0.6)  
 217 P: ((schnieft))  
 218 (0.5)  
 219 T: und wofür WOLLten sie sparen?  
 220 (0.3)  
 221 P: fürn URlaub für nächstes jahr;

Durch das erneute Aufbringen des Geld-Themas stuft T dies in seiner Relevanz innerhalb der Psychotherapie hoch – möglicherweise könnte so ein dahinterliegendes Problem von P aufgedeckt und bearbeitet werden. P bejaht dies mehrmals (vgl. Z. 201, 204, 208) bekräftigt durch Nicken. Sie nimmt dann eine Themenverschiebung (vgl. *topic shift* bei Bublitz 2010: 124–129) von der teuren Brille hin zu ihrer Absicht, Geld zu sparen, vor. Hier thematisiert sie erstmals eine affektive Verknüpfung mit dem Thema, nämlich dass es weh tue, so viel Geld auszugeben (vgl. 2011). T knüpft mit „und“ (Z. 219) an dieses Thema an und fordert eine Vertiefung des sachlichen Teils, nämlich dem Sparen an sich, indem sie nachfragt, wofür P sparen wollte (vgl. Z. 219). Die Affektnennung von P greift sie hingegen nicht auf. P erklärt daraufhin, dass sie „fürn URlaub für nächstes jahr“ (Z. 221) sparen wollte und führt dies im weiteren Verlauf des Gesprächs näher aus, in dem erkennbar wird, dass P und T das Thema Urlaub bereits in früheren Sitzungen behandelt haben. Die verböse Erzählung über die Anschaffung der neuen Brille wurde somit durch die Themenverschiebung beendet.

Insgesamt ist festzuhalten, dass P's Erzählung alle in Kapitel 2.1 erläuterten Merkmale von Verbosität aufweist: Zu Beginn erfolgt eine von P initiierte Themenverschiebung zu einem äußeren Sachverhalt. Der Erzählgegenstand ist nicht P selbst, sondern eine alltägliche Begebenheit – ihre Sehstärke und der Brillenkauf. Sie meidet eine Thematisierung von Emotionen und erzählt detailliert, indem sie vergangene Ereignisse – die Verschlechterung ihrer Augen und den Brillenkauf – ausführlich darstellt.<sup>9</sup> Das Widerstandsmanagement von T erfüllt allerdings nicht gänzlich die oben dargestellten Merkmale: Statt zunächst in einer abwartenden Haltung und somit in der Rolle der Zuhörerin zu bleiben, stellt T einige Nach-

---

<sup>9</sup> In den hier abgebildeten Transkriptausschnitten kommt keine wörtliche Wiedergabe von Gesprächsausschnitten vor. Vereinzelt gibt P in den hier nicht dargestellten Ausschnitten wörtliche Rede wieder.

fragen, die darauf hindeuten, dass sie hinter der Erzählung von P zunächst für die Therapie Relevantes vermutet und ihre Nachfragen die Funktion innehaben, dies aus P herauszulocken. Die verbose Erzählung wird somit interaktiv angetrieben. Des Weiteren thematisiert T nur vereinzelt Emotionen, allerdings ist sichtbar, dass sie die Bedeutung des Gesagten für P als Person versucht zu thematisieren, beispielsweise durch den impliziten Bezug des Brillenkaufs auf P's Gesundheit. Durch den schlussendlichen Themenwechsel und den weiteren Verlauf der Sitzung wird deutlich, dass die Themen Sehstärke und Brillenkauf tatsächlich nicht relevant für den Therapiefortschritt sind und P andere – affektiv aufgeladene(re) – Themen hat, die sie beschäftigen. Nachdem bereits eine halbe Stunde vergangen ist, äußert P schließlich das Thema, welches sie eigentlich besprechen möchte: ihre Beziehung(en) zu Männern. Zusammenfassend wird Verbosität in diesem Beispiel nicht nur von P im Gespräch eingesetzt, sondern vielmehr ist die verbose Erzählung Ergebnis des Zusammenspiels von P und T: Sie stellen die Verbosität gemeinsam interaktiv her.

Aus psychodynamischer Sicht erkundigt sich T mit ihrer Eingangsfrage, ob P noch etwas beschäftigt habe, nach möglichen affektiven Bewegungen infolge der vergangenen Sitzung. P's Verneinung deutet daraufhin, dass sie sich gegen die Auseinandersetzung mit den eigenen Affekten stellt. T zieht möglicherweise nicht in Erwägung, dass das Alltags-thema Brille eine Ausführung im Dienste des Widerstands sein könnte. Sie vermutet stattdessen vielleicht eine subjektive Relevanz des Themas, die sich im Kreisen darum noch herauskristallisiert. Eventuell sieht T es aber auch als für die therapeutische Beziehung geboten an, diesen Widerstand zunächst nicht zu adressieren. Schließlich könnten auch Gegenwiderstände im Sinne Rackers (2017), wie oben erläutert, eine Rolle dabei spielen, dass T mit P bei dem manifesten Thema einer neuen Brille bleibt, statt eine mögliche Bearbeitung und Auflösung des Widerstands zu forcieren. Der Widerstand bleibt auch nach dem Wechsel zum Thema Urlaub erhalten, indem P auch darüber weitgehend affektlos spricht.

Insgesamt scheint P nicht zu einer Vertiefung der therapeutischen Beziehung bzw. des Veränderungsprozesses bereit, da sie sich in Belanglosigkeiten flüchtet und affektives Erleben und persönliche Bedeutung verneint. Im weiteren Gesprächsverlauf nach etwa 30 Minuten der Sitzung gelingt es T mittels einer Übertragungsdeutung, den Widerstand von P aufzulösen. Sie stellt die Frage, ob der Anlass dafür ist, dass P sich über eine Kollegin beschwert, die sich morgens regelmäßig insistierend nach ihrem Befinden erkundige, wenn sie eigentlich ihre Ruhe haben wolle. T wirft die Frage auf, ob ihre persönlichen Fragen (die von T) an P womöglich auch Widerwillen oder Ablehnung bei ihr hervorrufen könnten. An dieser Stelle gibt P den Widerstand auf und lässt sich für die verbleibende Stunde auf den therapeutischen Prozess ein.

## 3.2 Fallanalyse II: Verbosität mit intervenierendem Widerstandsmanagement

Das zweite Beispiel, das im Folgenden dargestellt wird, stammt aus der fünften Therapie-sitzung einer 51-jährigen Patientin (P), bei der zu Beginn der Behandlung eine mittelgradig depressive Episode und eine soziale Phobie diagnostiziert wurden. Vor Beginn des nachfolgenden Ausschnitts berichtet sie von der problematischen Beziehung mit ihrem Vater: Einerseits enttäusche und verletze er sie, andererseits komme sie nicht los von ihm. Es sei ihr beispielsweise wichtig, was er von ihr und ihrem Handeln denkt bzw. darüber sagt. An einem TRP übernimmt die Therapeutin (T) das Rederecht und fokussiert die Versuche des Vaters, die Distanz zu seiner Tochter zu verringern:

Pat12\_T5

Minute 38:54-39:18

\* = Bewegungen von P+ = Bewegungen von T

l = links            r = rechts            u = unten

Ausgangsposition: P und T sitzen sich gegenüber und schauen sich an. P's Arme hängen seitlich runter. T hat beide Hände einen Stift haltend im Schoß.

```

001  T:  °h (.) und gleichzeitig zu SEhen- ne,=
002      =wo der vater auch immer wieder (0.4) ähm IHre nähe sucht. ne?=
003      =und IHnen; °h
004      und die ge em be HA anträgt;°h
005      und anscheinend immer wIEder ne das AL:te lAssO aus*wirft;=
006      =auf dass sie immer WEniger reagieren; °h
007      denn nach dem ge em be HA lasso hätten sie ja AUch greifen
          können;=
008      =ham gesacht NEE- °h
009      das <<:-)> ham se mal sozusagen SCHLEIfen lassen>;
010      (0.3)
011  P:  jA ich weiß ja noch net sei strategie de hinner (do) <<:-)> der
          hat joa immer alles ne strateGIE>,
012      (0.3)
    
```

T stellt die Möglichkeiten dar, die der Vater P bietet und spricht an, dass P diese nicht genutzt habe. Sie zeigt P ihre eigene Ambivalenz auf. Die konfrontative Aussage, die auch als *face threatening act* (Goody 1978: 71) bezeichnet werden kann, „das ham se mal sozusagen SCHLEIfen lassen“ (Z. 9) mildert T mittels *smile voice* ab (Holmes 2000: 172). P reagiert mit einem „jA“ (Z. 11), welches allerdings weniger Zustimmung suggeriert, sondern hier verwendet wird, um ein neues Thema einzuleiten (Diewald/Fischer 1998: 94). Statt auf T's Konfrontation ihrer Ambivalenz einzugehen, verschiebt P das Thema hin zum Vater und beginnt, über ihn und seine strategischen Verhaltensweisen zu sprechen, die sie anhand einer konkreten Situation veranschaulicht:

Minute 39:42-39:51 ((14 Zeilen ausgelassen))

027 P: wie er mir des mit der ge em be HA gesacht hat==  
 028 =da hab isch gezögert==  
 029 =und dann hat er soFORT g\_sagt- °h  
 030 <<f> du überlegst jetzt> schon was isch:: äh: do for\_n  
 HINnergedanke dabei hab; gell?  
 031 (0.7)  
 032 T: <<p> hm>-  
 033 P: ich sat JA-

Die in Abschnitt 1.2 beschriebenen Merkmale von Verbosität sind bereits anhand des kurzen dargestellten Ausschnitts erkennbar: Zu Beginn der Erzählung nimmt P eine Themenverschiebung vor, indem sie weg von sich und stattdessen auf eine dritte, nicht anwesende Person fokussiert: den Vater und dessen Verhaltensweise. Sie gibt ein vergangenes Gespräch zwischen ihm und sich detailliert wieder, auch unter Verwendung wörtlicher Redewiedergabe.

T bleibt zunächst in der Zuhörerrolle und interveniert schließlich an einem TRP:

Minute 39:52-40:19 ((4 Zeilen ausgelassen))

038 T: +(un) woher das BIL:D der marionette,+  
 +.....r Handfläche und Finger nach u +  
 039 (-) <<acc> ganz schön> (.) also (.)\*(.) ganz (.) DEUTlich wird;  
 p \*nickt--->  
 ne,  
 040 (0.9)\*(0.2)  
 p ---->\*  
 041 P: ((schnalzt)) JA \*weil weil ihm is:: ähm-\*  
 \*schüttelt Kopf \*  
 042 P: \*(0.6) ja;  
 \*schüttelt Kopf, hebt l Schulter--->  
 043 (0.2)\*(0.8)  
 p ---->\*  
 044 P: \*<<p> des> do is IMmer irgendwie;  
 \*schüttelt Kopf leicht--->  
 045 (1.8)\*(0.3)  
 p ---->\*  
 046 P: was ähm (eh) natürlich total verunsichert \*+oder misch toTAL  
 p ---->\*  
 t +nickt leicht--->  
 verunsichert;=  
 047 =bei JEder,\*+  
 p ---->\*  
 t ---->+  
 048 °hhh <<h> \*s is nix EHRlich>;  
 \*zieht l Schulter hoch--->  
 049 es i[s irgen]dwie:,  
 050 T: [mh ]  
 051 P: (.) äh er sprischt mit MIR\* wie er in dem fall mit meinem  
 ---->\*  
 schwocher==  
 052 =ä? will er MEInen ra::t?



T erinnert – verbal und gestisch visualisierend – an ein Marionettenbild, welches P rund sechs Minuten vorher aufgebracht hat, um ihr Gefühl der Wehrlosigkeit dem Vater gegenüber zu beschreiben. Durch die Verknüpfung von P's Erzählung mit dem Bild der Marionette fokussiert T auf P's Gefühle und steigt nicht in deren affektlose Erzählung ein. Vielmehr nimmt T die Erzählung zum Anlass, zur Thematisierung von P's Gefühlen zurückzukehren. P nickt währenddessen und zeigt zusammen mit dem nachfolgenden „JA“ (Z. 41) *alignment* (vgl. Stivers 2008: 32ff.). Sie beginnt eine scheinbare Begründung („weil“ (Z. 41)), legt den Fokus jedoch wieder auf den Vater und geht nicht auf das Marionettenbild weiter ein. P hat Formulierungsschwierigkeiten, bricht mehrfach ab und setzt wieder an (vgl. Z. 41–45) und deutet mit durch Kopfschütteln und Schulterzucken Unsicherheit und epistemisches Nicht-Wissen an (vgl. Debras 2017). T kommt ihr allerdings nicht zu Hilfe, sondern wartet offensichtlich ab. Schließlich beginnt P doch, ihre Gefühle zu thematisieren. Zunächst verwendet sie die unpersönliche Formulierung „was ähm (eh) natürlich total verunsichert“ (Z. 46), korrigiert sich aber umgehend, indem sie die Verunsicherung auf sich selbst bezieht. Mithilfe der *extreme case formulation* (s. dazu Pomerantz 1986) „total“ (Z. 46) stuft sie ihre Verunsicherung hoch und rechtfertigt ihr ambivalentes Verhalten (vgl. Pomerantz 1986: 227f.). Trotz der zunächst dispräferierten Reaktion, auf die hin T nicht interveniert, kommt P somit von sich aus auf die Thematisierung einer Emotion zurück, auch wenn es sich dabei nicht um die Wehrlosigkeit, welche T implizit mit dem Marionettenbild angesprochen hat, handelt.

Statt nun an dieses Gefühl anzuknüpfen, kehrt P wieder zur Beschreibung ihres Vaters zurück, indem sie ihn als unehrlich charakterisiert (vgl. Z. 48). Sie vergleicht weiter den Umgangston des Vaters gegenüber ihrem Schwager und P selbst und führt aus, dass der Vater P nach Rat gefragt habe (vgl. Z. 51f.) und warum (nicht als Transkript abgebildet). Somit führt P ihre aus gesprächsanalytischer Sicht verbose Erzählung von zuvor weiter aus. Schließlich gerät sie ins Stocken und bricht ihre Äußerung ab:

Minute 40:32-40:45 ((12 Zeilen ausgelassen))

065 P: °hh weiß NET (.) es is:-  
 066 (0.4)\*(1.3)  
 p \*presst Lippen--->  
 067 T: woher dieses mario\*nettengefühl irgendwie mit dem auch ganz  
 p ---->\*  
 stimmig ist was sie SCHILDern; ne?=  
 068 =denn wie sollte man sich da NICH als marionEtte fühlen;  
 069 (0.3)  
 070 T: wenn so: der vater mit einem UMgeht.  
 071 (0.2)

Nach einer Pause von fast zwei Sekunden, in der P keinen Anspruch auf den Behalt des Rederechts erhebt, übernimmt T. Sie spricht erneut das Bild der Marionette an, diesmal sagt sie jedoch ausdrücklich „marionettengefühl“ (Z. 67), wodurch sie die Gefühlsebene expliziter als zuvor fokussiert und somit indirekt anzeigt, dass die emotionslose Erzählung

von P im Rahmen der Therapie aus therapeutischer Sicht nicht dem Heilungsprozess förderlich ist.

Während T zuvor davon sprach, dass das Bild der Marionette in P's Erzählung deutlich wird, betont sie diesmal die Passung der Erzählung mit dem Marionettengefühl, verstärkt durch die *extreme case formulation* „ganz“ (Z. 67). Durch das Modalwort „irgendwie“ (Z. 67) wirkt T's Intervention zwar etwas vorsichtiger, allerdings fungiert das Äußerungsfinale „ne“ (Z. 67) der Sprecherin, der aufgrund ihrer Profession ein höherer epistemischer Status zugeschrieben wird, als Mittel zur Wissensaktivierung (König 2017: 253). T wartet nicht auf eine Rückmeldung von P, sondern schließt lückenlos eine Begründung in Form einer rhetorischen Frage an, mit der sie ihre Anteilnahme an P's Gefühlen zeigt (vgl. Schmidt-Radefeldt 1977: 389). P fängt ihren *turn* zwar mit „ja“ (Z. 82) an, antwortet damit aber nicht auf T's rhetorische Frage, die keine Antwort erforderlich macht. Vielmehr fungiert *ja* hier als Signal der Aufmerksamkeit, ohne dass eine direkte propositionale Zustimmung ausgedrückt wird (Diewald/Fischer 1998: 94).

Minute 40:46-41:00 ((10 Zeilen ausgelassen))

082 P: \*ja: ich föhl misch da NET-  
 \*nickt ganz leicht--->  
 083 (.) <<creaky> eh eh> (als er/also) (.) so die letscht WOche,=  
 084 =(t) ich wusst ja net\* isch habe vorhin net sache könne wie  
 ----->\*  
 [ma\_s GE:H]T? °h  
 085 T: [m::h ]  
 086 P: aber EI:gentlich hab ich jo gesacht machen\_s de bÖdde.  
 087 ich hab das geföhl (wie) mer zieht\_s de BÖde weg also- °h  
 088 \*wie wenn die MARIO? \*(.) ja:, \*  
 \*l Handfläche und Finger nach u\*dreht l Hand zu sich\*  
 089 \*wie WENN die marionette-  
 \*l Handfläche und Finger mit erhobenem Arm nach u--->>  
 090 T: hm:,  
 091 P: wie wenn ich HOCHgezoche wär.

P beginnt zunächst – passend zu T's vorherigem *turn* – auf ihr Gefühl einzugehen, bricht dann jedoch ab und kommt auf die vergangene Woche zu sprechen. Erneut bricht sie ab und rekapituliert schließlich ohne weitere Formulierungsschwierigkeiten, dass sie zu Beginn der Stunde nicht sagen konnte, wie es ihr gehe (vgl. Z. 84). Direkt im Anschluss spricht sie die Redewendung ‚den Boden unter den Füßen wegziehen‘ an (vgl. Z. 86f.) und bezieht dies auf das Marionettenbild: Sie fühle sich, als ob sie hochgezogen werde (vgl. Z. 91). Dabei übernimmt sie die von T zuvor ausgeübte Gestik, indem sie mit der linken Hand das Halten einer Marionette nachahmt. Nicht nur verbal geht P auf T's Intervention und damit auf ihre Gefühle ein. Auch gestisch fördert P die Beziehungsqualität – die *alliance* zwischen P und T – durch Wiederholen der Bewegung (vgl. Ramseyer/Tschacher 2011).

Die in Abschnitt 1.3 dargestellten Aspekte des Widerstandsmanagements zu Verbosität aus der bisherigen Literatur kommen auch bei diesem Fallbeispiel vor: T bleibt zunächst

in der Zuhörerrolle und stellt weder Nachfragen zur Erzählung, noch knüpft sie an Details dieser an. Bei ihren Interventionen thematisiert sie (zuerst indirekt, dann direkt) Emotionen und zeigt die Bedeutung des Gesagten für P auf.

Während die erste Intervention von T erfolglos bleibt und P ihre verbosere Erzählung weiterführt, geht P auf die zweite Intervention von T ein, nimmt das angesprochene Bild der Marionette sowohl verbal als auch nonverbal auf und beginnt, über ihre Gefühle ihrem Vater gegenüber zu sprechen. Sprachlich-interaktional wird somit sichtbar, dass P und T nicht länger aneinander vorbeireden – P über ihren Vater und T über P's Gefühlswelt –, sondern P sich darauf einlässt, mit T über den gleichen thematischen Fokus zu sprechen. Beide sprechen somit ‚miteinander‘.

Aus psychoanalytischer Sicht besteht die Manifestation des Widerstands insbesondere darin, dass P in der Beschreibung der Beziehungsgestaltung mit ihrem Vater auf einer ‚operativen‘ Ebene verharrt. Dies dient P dazu – so die klinische Hypothese – Introspektion und eine damit verbundene innere affektive Auseinandersetzung mit der Bedeutung ihres Vaters für sie sowie damit einhergehende ambivalente Gefühle zu vermeiden. Der therapeutische Umgang mit diesem Widerstand besteht im Versuch, die innere Perspektive P's anzusprechen. Zunächst ist bei P aus psychoanalytischer Sicht eine Verhärtung dieser verhaltensbezogenen Sicht zu beobachten, bis P schließlich das Bild der Marionette, das zuvor mehrfach von T angesprochen wurde, aufgreift und ihr Erleben damit explizit verknüpft.

## 4 Diskussion

Diese Untersuchung verfolgte das Ziel, das Widerstandsmanagement von Therapeut\*innen zu Verbosität als Widerstandsphänomen aus linguistisch-gesprächsanalytischer Sicht anhand von zwei Fallbeispielen zu untersuchen. Die Gesprächsanalyse soll dazu beitragen, eine weitere Perspektive auf Psychotherapiegespräche zu eröffnen, indem formale Aspekte der Interaktion dargestellt und näher betrachtet werden. Es geht dabei also nicht um psychologische Interpretationen, sondern darum, Aussagen anhand interaktionaler Merkmale und Muster zu treffen – die dann wiederum mit der psychologischen Perspektive auf den gleichen Gesprächsausschnitt verglichen werden können.

Bei den zwei analysierten Beispielen wurde Verbosität anhand der von Fenner, Spranz-Fogasy und Montan (2022) ausgearbeiteten Merkmale identifiziert. Anhand des ersten Falles wird sichtbar, dass Verbosität nicht nur ein patient\*innenseitiges Phänomen ist, sondern gemeinsam mit dem\*der Therapeut\*in interaktiv hergestellt und weiter angetrieben werden kann, beispielsweise indem diese\*r weitere verbosere Ausführungen durch Nachfragen geradezu provoziert. Anhand des Frageverhaltens der Therapeutin im ersten Beispiel ist erkennbar, dass sie hinter der verbosen Geschichte ein für die Patientin wichtiges Thema vermutet, welches durch den Widerstand – durch die Verbosität – nicht hervorkommt. Rückblickend auf diese Sitzung wird deutlich, dass hinter der Geschichte selbst kein für die Patientin wichtiges Thema verborgen scheint, sondern der Widerstand ein

gänzlich anderes persönliches und affektgeladenes Thema überlagert. Zum Zeitpunkt der Erzählung der Patientin ist dies allerdings nicht offensichtlich – wie wir anhand der Fragen der Therapeutin erkennen können.

In unseren Daten finden wir solche Fälle vereinzelt: Die patient\*innenseitige Erzählung beginnt verbos (die oben genannten Merkmale für Verbosität sind erfüllt) und wird durch die Nachfragen des\*der Therapeut\*in aufrecht gehalten oder sogar weiter provoziert. Mögliche Gründe dafür sind zum einen die therapeutische Vermutung einer tiefergehenden Bedeutung der Erzählung und zum anderen die therapeutische Absicht, den Widerstand gegenüber dem\*der Patient\*in (noch) nicht anzusprechen oder zu deuten, zum Beispiel wenn dies „zu viel Angst mobilisieren könnte“ (Wöller/Kruse 2018: 227). Der Zeitpunkt einer Widerstandsanalyse oder -deutung ist von zentraler Bedeutung (s. a. Wöller/Kruse 2018: 221ff.) und muss im Einzelfall kontextuell entschieden werden. Im ersten Fallbeispiel erstaunt die Reaktion der Therapeutin insbesondere vor dem Hintergrund, dass der untersuchte Gesprächsausschnitt aus der 30. Therapiestunde stammt. Die Patientin befindet sich bereits in einem fortgeschrittenen Prozess der Therapie und die Therapeutin kennt bereits viele der für die Patientin wichtigen Themen. Eine mögliche Erklärung ist, dass es sich bei den Daten um Psychotherapien handelt, die von Psychotherapeut\*innen in Ausbildung durchgeführt werden. Da das Ansprechen von Widerstand gegenüber dem\*der Patient\*in als Deutung oder als schlichte Beobachtung immer auch eine Konfrontation darstellt, die eine gewisse Herausforderung oder auch Belastung der therapeutischen Beziehung mit sich bringt, ist nachvollziehbar, dass die werdenden Psychotherapeut\*innen hier besonders vorsichtig sind. Wöller und Kruse (2018: 226) konstatieren:

Es kommt nicht selten vor, dass notwendige Widerstandskonfrontationen aus Sorge unterbleiben, man könne den Patienten kränken und über Gebühr belasten. Tatsächlich erleben Patienten Widerstandskonfrontationen im Allgemeinen als hilfreich, solange sie taktvoll vorgebracht werden und solange nicht unerkannte negative Gegenübertragungseffekte einfließen.

Des Weiteren kann die gemeinsame Vorgeschichte der Interaktant\*innen – die bisherigen Therapiestunden und die daraus entstandene Beziehung – ausschlaggebend für die jeweilige therapeutische Reaktion sein, dass beispielsweise Psychotherapeut\*innen hinter der jeweiligen Erzählung aufgrund früherer Erzählungen für den Therapiefortschritt Relevantes vermuten – wie im zweiten Fallbeispiel sichtbar wird. Eine longitudinale Analyse würde hierüber Aufschluss geben können.

An dieser Stelle sollte, aus gesprächsanalytischer Perspektive, der gesamte Widerstandsbegriff kritisch betrachtet werden. Im ersten Fallbeispiel kann anhand der restlichen Therapiestunde rückblickend Widerstand aufgezeigt werden. In anderen Fällen, in denen es

zu keiner ‚Auflösung‘ kommt, bleibt der Widerstand oftmals eine psychoanalytische Wahrnehmung. Auf sprachlich-interaktionaler Ebene ist dieser kaum oder sogar nicht erkennbar, wenn Patient\*in und Therapeut\*in eine Erzählung gemeinsam herstellen, dabei jeweils präferiert reagieren und kein ‚Problem‘ auf der sprachlich-interaktionalen Oberfläche sichtbar wird.

Der zweite Fall, bei dem die Therapeutin zuerst abwartet, dann aber intervenierend auf die Affektebene fokussiert, kommt in unserem Korpus überwiegend vor. Seltener gibt es allerdings Fälle, in denen der\*die Patient\*in den therapeutischen Fokus nach dessen\*deren Widerstandsmanagement übernimmt. Meistens bleiben die Patient\*innen in unseren Daten bei der verbosen Erzählung. In jedem Fall wird Verbosität einseitig(er) von den Patient\*innen hergestellt – in dem analysierten Fallbeispiel wird die Themenverschiebung auf die Affektebene dann allerdings von beiden Gesprächspartner\*innen vollzogen und statt aneinander vorbei kommunizieren beide wieder miteinander.

Die Analyse des zweiten Fallbeispiels zeigt auch, dass die Gesprächsanalyse und die Psychoanalyse bei der Untersuchung von Widerstand(sphänomenen) nicht unbedingt zum gleichen Ergebnis kommen. Aus psychoanalytischer Sicht zeigt sich im zweiten Fallbeispiel die Widerstandsmanifestation nicht in einer weitschweifigen oder ausufernden Erzählweise, sondern in einem Verharren in Verhaltensbeschreibungen, die dennoch relevante Inhalte mit affektivem Bezug aufweisen: Es geht um die Beziehungsgestaltung der Patientin mit ihrem Vater. Der Widerstand besteht darin, dass die Patientin diese intrapsychisch hochgradig konflikthaft besetzte Beziehung primär auf einer Verhaltensebene beschreibt, also auf einer oberflächlichen Ebene verharrt, bis es der Therapeutin durch (ebenso beharrliche) Nutzung des von der Patientin selbst kreierten Bildes der Marionette schließlich gelingt, die Patientin stärker dazu zu bringen, über ihr eigentliches affektives Erleben bzgl. ihres Vaters zu sprechen.

Beide Disziplinen haben somit eine gemeinsame Schnittmenge: Das oben genannte Merkmal „wenig oder gar keine Thematisierung von Emotionen“ (Fenner/Spranz-Fogasy/Montan 2022: 234) wird aus beiden Perspektiven als wesentlich angesehen. Gründe für die Heterogenität der Ergebnisse sind in den unterschiedlichen Betrachtungsweisen von Widerstand sowie der jeweiligen Methodik zu verorten. Während die Gesprächsanalyse Mikroprozesse auf der sprachlich-interaktionalen Oberfläche untersucht, nutzen psychodynamisch arbeitende Psychotherapeut\*innen neben Inferenzen auf Basis psychodynamischer Theorien auch ihr subjektives Erleben im Hinblick auf Übertragung, Gegenübertragung und Widerstand als wesentliche Erkenntnisquelle, um ihr therapeutisches Handeln daraus abzuleiten. Die Gesprächsanalyse kann versuchen, die psychodynamischen Hypothesen mit interaktionsanalytischen Mitteln nachzuvollziehen.

Trotz oder gerade wegen dieser Differenzen können beide Disziplinen einander ergänzen bzw. die jeweiligen Sichtweisen erweitern. Weitere interdisziplinäre Untersuchungen sind deshalb wünschenswert. So könnten beispielsweise longitudinale Analysen Aufschluss über die Entwicklung verschiedener Widerstandssphänomene über den Therapieprozess

hinweg geben. Erwünscht ist auch die Anwendung von Ergebnissen gesprächsanalytischer und interdisziplinärer Untersuchungen durch Psychotherapeut\*innen – idealerweise bereits in der Ausbildung.

## Literaturverzeichnis

- Alexander, Franz; French, Thomas M. (1946): Psychoanalytic therapy. Principles and application. New York: Ronald Press.
- Angus, Lynne E.; Boritz, Tali; Bryntwick, Emily; Carpenter, Naomi; Macaulay, Christianne; Khattrra, Jasmine (2016): The narrative-emotion process coding system 2.0. A multi-methodological approach to identifying and assessing narrative-emotion process markers in psychotherapy. In: *Psychotherapy Research* 27 (3), S. 253–269. DOI: 10.1080/10503307.2016.1238525.
- Antaki, Charles (2008): Formulations in psychotherapy. In: Anssi Peräkylä (Hg.): Conversation analysis and psychotherapy. First paperback edition. Cambridge, New York: Cambridge University Press, S. 26–42.
- Arbuckle, Tannis Y.; Gold, Dolores P. (1993): Aging, inhibition, and verbosity. In: *Journal of gerontology* 48 (5), S. 225–232. DOI: 10.1093/geronj/48.5.p225.
- Bercelli, Fabrizio; Rossano, Federico; Viaro, Maurizio (2008): Clients' responses to therapists' reinterpretations. In: Anssi Peräkylä (Hg.): Conversation analysis and psychotherapy. First paperback edition. Cambridge, New York: Cambridge University Press, S. 43–61.
- Beutler, Larry E.; Edwards, Christopher; Someah, Kathleen (2018): Adapting psychotherapy to patient reactance level. A meta-analytic review. In: *Journal of Clinical Psychology* 74, S. 1952–1963. DOI: 10.1002/jclp.22682.
- Breuer, Josef; Freud, Josef (2011): Studien über Hysterie. 7., unveränderte Auflage. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Bublitz, Wolfram (2010): Supportive fellow-speakers and cooperative conversations. Discourse topics and topical actions, participant roles and "recipient action" in a particular type of everyday conversation. Amsterdam, Philadelphia: J. Benjamins Pub. Co.
- Debras, Camille (2017): The shrug. Forms and meanings of a compound enactment. In: *Gesture* 16 (1), S. 1–34. DOI: 10.1075/gest.16.1.01deb.
- Deppermann, Arnulf (2008): Gespräche analysieren. Eine Einführung. 4. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung: Praktiken – Methodologien – Anwendungsfelder, Bd. 3).
- Diewald, Gabriele; Fischer, Kerstin (1998): Zur diskursiven und modalen Funktion der Partikeln *aber*, *auch doch* und *ja* in Instruktionsdialogen. In: *Linguistica* 38, S. 75–99.
- Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (Hg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Ekberg, Katie; LeCouteur, Amanda (2015): Clients' resistance to therapists' proposals. Managing epistemic and deontic status. In: *Journal of Pragmatics* 90, S. 12–25. DOI: 10.1016/j.pragma.2015.10.004.
- Ermann, Michael (2014): Widerstand. In: Wolfgang Mertens (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 1078–1084.

- Fenner, Carolina; Spranz-Fogasy, Thomas; Montan, Inka (2022). Verbosität als Widerstandsmanifestation in psychodynamisch-psychotherapeutischen Gesprächen. In: *Gesprächsforschung* 23, S. 213–242.
- Fiehler, Reinhard (2002): Sprache und Alter. Wie verändert sich das Sprechen, wenn wir älter werden? In: *Sprachreport. Informationen und Meinungen zur deutschen Sprache* 18 (2), S. 21–25.
- Freud, Sigmund (1900): Die Traumdeutung. Studienausgabe. Frankfurt a. M.: Fischer (Gesammelte Werke, Bd. 2).
- Goody, Ester N. (Hg.) (1978): Questions and politeness. Strategies in social interaction. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greenson, Ralph R. (2007): Technik und Praxis der Psychoanalyse. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Holmes, Janet (2000): Politeness, power and provocation. How humour functions in the workplace. In: *Discourse Studies* 2 (2), S. 159–185.
- Hölzer, Michael (2014): Freie Assoziation. In: Wolfgang Mertens (Hg.): Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer, S. 271–275.
- Hutchby, Ian (2002): Resisting the incitement to talk in child counselling. Aspects of the utterance 'I don't know'. In: *Discourse Studies* 4 (2), S. 147–168. DOI: 10.1177/14614456020040020201.
- Jaeggi, Eva (2018): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. In: Antje Gumz und Susanne Hörz-Sagstetter (Hg.): Psychodynamische Psychotherapie in der Praxis. Originalausgabe. Weinheim: Beltz, S. 686–697.
- Jennissen, Simone; Huber, Julia; Ehrental, Johannes C.; Schauenburg, Henning; Dinger, Ulrike (2018): Association between insight and outcome of psychotherapy. Systematic review and meta-analysis. In: *AJP* 175 (10), S. 961–969. DOI: 10.1176/appi.ajp.2018.17080847.
- König, Katharina (2017): *Question tags* als Diskursmarker? Ansätze zu einer systematischen Beschreibung von *ne* im gesprochenen Deutsch. In: Hardarik Blühdorn, Arnulf Deppermann, Henrike Helmer und Thomas Spranz-Fogasy (Hg.): Diskursmarker im Deutschen. Reflexionen und Analysen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung, S. 233–258.
- Läpple, Sina; Nikendei, Christoph; Ehrental, Johannes C.; Kabatnik, Susanne; Spranz-Fogasy, Thomas (2021): Therapeutische Reaktionen auf Patientenwiderstand in psychodiagnostischen Gesprächen am Beispiel Lösungsorientierter Fragen. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung.
- MacMartin, Clare (2008): Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. In: Anssi Peräkylä (Hg.): Conversation analysis and psychotherapy. First paperback edition. Cambridge, New York: Cambridge University Press, S. 80–99.
- Madill, Anna; Widdicombe, Sue; Barkham, Michael (2001): The potential of conversation analysis for psychotherapy research. In: *The Counseling Psychologist* 29 (3), S. 413–434. DOI: 10.1177/0011000001293006.
- Mahalik, James R. (1994): Development of the client resistance scale. In: *Journal of Counseling Psychology* 41 (1), S. 58–68. DOI: 10.1037/0022-0167.41.1.58.
- Marx, Christopher; Bildhauer, Rajana; Friedrich, Tina; Ackermann, Nadine; Benecke, Cord; Gumz, Antje (2021): Funktionen der Sprache in der Psychotherapie. Eine qualitative Studie zu subjektiven Theorien der „talking cure“ von Psychotherapeut\*innen. In: *Zeitschrift für*

- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 67 (1), S. 36–55. DOI: 10.13109/zptm.2021.67.1.36.
- Menz, Florian; Plansky, Luzia (2014): Time pressure and digressive speech patterns in doctor-patient consultations. In: Eva-Maria Graf, Marlene Sator und Thomas Spranz-Fogasy (Hg.): Discourses of helping professions. Amsterdam, Philadelphia: J. Benjamins Pub. Co. (Pragmatics & Beyond New Series, Bd. 252), S. 257–287.
- Messer, Stanley B. (2002): A psychodynamic perspective on resistance in psychotherapy. Vive la résistance. In: *Journal of clinical psychology* 58 (2), S. 157–163. DOI: 10.1002/jclp.1139.
- Muntigl, Peter (2013): Resistance in couples counselling. Sequences of talk that disrupt progressivity and promote disaffiliation. In: *Journal of Pragmatics* 49 (1), S. 18–37. DOI: 10.1016/j.pragma.2013.01.003.
- Muntigl, Peter; Zabala, Loreley Hadic (2008): Expandable responses. How clients get prompted to say more during psychotherapy. In: *Research on Language & Social Interaction* 41 (2), S. 187–226. DOI: 10.1080/08351810802028738.
- Peräkylä, Anssi (2005): Patients' responses to interpretations. A dialogue between conversation analysis and psychoanalytic theory. In: *Communication & medicine* 2 (2), S. 163–176. DOI: 10.1515/come.2005.2.2.163.
- Peräkylä, Anssi (2011): After interpretation. Third-position utterances in psychoanalysis. In: *Research on Language & Social Interaction* 44 (3), S. 288–316.
- Péteri, Attila (2019): Epistemik und common ground. In: *Linguistik Online* 100 (7), S. 235–258. DOI: 10.13092/lo.100.6033.
- Pomerantz, Anita (1986): Extreme case formulations. A way of legitimizing claims. In: *Human Studies* 9, S. 219–229.
- Pomerantz, Anita; Heritage, John (2013): Preference. In: Jack Sidnell und Tanya Stivers (Hg.): The Handbook of Conversation Analysis. Malden: Wiley-Blackwell, S. 210–229.
- Racker, Heinrich (2017): Übertragung und Gegenübertragung. Studien zur psychoanalytischen Technik. 7. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ramseyer, Fabian; Tschacher, Wolfgang (2011): Nonverbal synchrony in psychotherapy. Coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70 (3), S. 284–295. DOI: 10.1037/a0023419.
- Raymond, Geoffrey (2003): Grammar and social organization. Yes/no interrogatives and the structure of responding. In: *American Sociological Review* 68 (6), S. 939–967. DOI: 10.2307/1519752.
- Rellecke, Eva-Maria (1990): Diskursanalyse und Psychotherapie. In: Konrad Ehlich (Hg.): Medizinische und therapeutische Kommunikation. Diskursanalytische Untersuchungen. Opladen: Westdt. Verl., S. 182–187.
- Ryan, Ellen B.; Kwong See, Sheree T. (1998): Sprache, Kommunikation und Altern. In: Reinhard Fiehler und Caja Thimm (Hg.): Sprache und Kommunikation im Alter. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 57–71.
- Saß, Henning; Wittchen, Hans-Ulrich; Zaudig, Michael (1998): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. 2., überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Scarvaglieri, Claudio (2013): "Nichts anderes als ein Austausch von Worten". Sprachliches Handeln in der Psychotherapie. Vollst. zugl.: Hamburg, Univ., FB SLM, Diss., 2011. Berlin: De Gruyter (Reihe Germanistische Linguistik, Bd. 298).



- Schauenburg, Henning; Dinger, Ulrike; Kriebel, Achim; Huber, Julia; Friederich, Hans-Christoph; Herzog, Wolfgang; Nikendei, Christoph (2019): Zur Entwicklung tiefenpsychologischer Ausbildungsinstitute. In: *Psychotherapeut* 64 (1), S. 46–54. DOI: 10.1007/s00278-018-0320-2.
- Schedl, Evi; Nikendei, Christoph; Ehrental, Johannes C.; Spranz-Fogasy, Thomas (2018): Vages Sprechen in psychotherapeutischen Diagnosegesprächen. Eine gesprächsanalytische Untersuchung. Göttingen: Verlag für Gesprächsforschung (Empirische Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen, Bd. 6).
- Schmidt-Radefeldt, Jürgen (1977): On so-called 'rhetorical' questions. In: *Journal of Pragmatics* 1, S. 375–392.
- Selting, Margret; Auer, Peter; Barth-Weingarten, Dagmar; Bergmann, Jörg; Bergmann, Pia; Birkner, Karin; Couper-Kuhlen, Elizabeth; Deppermann, Arnulf; Gilles, Peter; Günthner, Susanne; Hartung, Martin; Kern, Friederike; Mertzluft, Christine; Meyer, Christian; Morek, Miriam; Oberzaucher, Frank; Peters, Jörg; Quasthoff, Uta; Schütte, Wilfried; Stukenbrock, Anja; Uhmann, Susanne (2009): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem 2. In: *Gesprächsforschung* 10, 353–402.
- Stivers, Tanya (2008): Stance, alignment, and affiliation during storytelling. When nodding is a token of affiliation. In: *Research on Language and Social Interaction* 41 (1), S. 31–57.
- Stivers, Tanya; Hayashi, Makoto (2010): Transformative answers. One way to resist a question's constraints. In: *Language in Society* 39, S. 1–25.
- Streeck, Ulrich (1995): Die interaktive Herstellung von Widerstand. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 41 (3), S. 241–252.
- Thomä, Helmut; Kächele, Horst (1989): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Grundlagen. 2. korrigierter Nachdruck. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Thomä, Helmut; Kächele, Horst (2006): Psychoanalytische Therapie. Grundlagen. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Vehviläinen, Sanna (2008): Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In: Anssi Peräkylä (Hg.): *Conversation analysis and psychotherapy*. First paperback edition. Cambridge, New York: Cambridge University Press, S. 120–138.
- Weiste, Elina (2015): Describing therapeutic projects across sequences. Balancing between supportive and disagreeing interventions. In: *Journal of Pragmatics* 80, S. 22–43. DOI: 10.1016/j.pragma.2015.02.001.
- Wöller, Wolfgang; Kruse, Johannes (2018): Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Basisbuch und Praxisleitfaden. 5., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Yao, Xue-li; Ma, Wen (2017): Question resistance and its management in Chinese psychotherapy. In: *Discourse Studies* 19 (2), S. 216–233. DOI: 10.1177/1461445617695700.
- Zeeck, Almut; Hartmann, Armin; Orlinsky, David (2004): Inter-Session-Prozesse. Ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapieforschung. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 54 (6), S. 236–242. DOI: 10.1055/s-2003-814790.

## Hinweise zu dieser Veröffentlichung

*Carolina Fenner* ist verantwortlich für die Konzeption des Beitrags, die Transkription und Analyse der Daten sowie für das Schreiben des Artikels.

*Thomas Spranz-Fogasy* hat die ausgewählten Fallbeispiele mit Carolina Fenner in gemeinsamen Datensitzungen diskutiert und im Artikel die gesprächsanalytische Perspektive ergänzt.

*Maximilian Orth* hat substantiell an der psychologisch-psychotherapeutischen Perspektive des Beitrags mitgewirkt.

*Christoph Nikendei* ist verantwortlich für die kritische Überarbeitung des Manuskripts aus klinisch-psychotherapeutischer Sicht.

*Inka Montan* ist als Projektleiterin für den psychologischen Teil verantwortlich und verfasste im Beitrag die psychologisch-psychotherapeutische Perspektive.

Wir danken Arnulf Deppermann als Projektleiter für seine wertvollen Beiträge in Datensitzungen.

*Gefördert durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) – Projektnummer: 445514280*

*Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.*

*Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.*

DOI: <https://doi.org/10.17185/dupublico/76281>

### **Veröffentlichende Institution:**

Universität Duisburg-Essen  
Universitätsbibliothek, DuEPublico  
<https://duepublico2.uni-due.de>



Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

# DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT  
DUISBURG  
ESSEN

*Offen im Denken*

ub

universitäts  
bibliothek

Dieser Text wird via DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

**DOI:** 10.17185/duepublico/76281

**URN:** urn:nbn:de:hbz:465-20220808-114609-3



Dieses Werk kann unter einer Creative Commons Namensnennung - Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 Lizenz (CC BY-SA 4.0) genutzt werden.