

123. Hölzer M, Scheytt N, Kächele H (1992) Das "Affektive Diktionär Ulm" als eine Methode der quantitativen Vokabularbestimmung. In: C. Züll, P. Mohler (Hrsg) *Textanalysen - Anwendungen der computer-unterstützten Inhaltsanalyse*. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 131-154

Das "Affektive Diktionär Ulm" als eine Methode der quantitativen Vokabularbestimmung

Michael Hölzer, Nicola Scheytt & Horst Kächele

Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm, Ärztl. Direktor. Prof. Dr. H. Kächele

1. Einleitung

Mit dem Aufkommen einer dialog-orientierten Linguistik, im deutschen Sprachraum eingeführt als Diskurs- oder Konversationsanalyse (Klann 1979) [Flader et al., 1982], wurde das Verständnis von Sprache als Handlung eine brauchbare Basis für die Untersuchung sprachlicher Elementarbestandteile auch in psychotherapeutischen Dialogen. Selbst wenn Freuds berühmte Charakterisierung - "In der analytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt." [Freud, 1916-17] (S. 9) - mehr didaktisch orientiert gewesen sein dürfte, so gibt sie doch eine heute noch aktuelle Ausgangssituation wieder, die nach der *systematischen Untersuchung* dieser Wörter ruft.

Tatsächlich bestimmt in einer psychoanalytische Therapie (oder in einer ihrer in der Regel als "psychodynamisch" apostrophierten Kurzformen) vor allem die Sprache die Kommunikation zwischen Patient und Therapeut. In Lieungsanalysen (von AE Meyer so benannt) wird durch die Vermeidung des Blickkontakts (bekanntlich ist der Analytiker dem Gesichtsfeld des frei assoziierenden Patienten entzogen) der Schwerpunkt des Handelns fast ausschließlich auf das Sprechen bzw. Nicht-Sprechen verlegt. Selbst wenn in einer solchen "extremen" Situation natürlich auch Informationen über non-verbale Kanäle vermittelt werden, können *nach* Luborsky und Spence [Luborsky,1978] sprachliche Daten durchaus als die Primärdaten der psychoanalytischen Therapie bezeichnet werden. Auch v. Zeppelin [v. Zeppelin,1981] (S. 6) hält die Verbalisierung in der Therapie

und die Erforschung der daraus entstehenden Materials für "notwendig, weil nur auf diese Weise die affektiv kognitiven Funktionen von Analytiker und Analysand verknüpft und aufeinander abgestimmt (u. erforscht, d.Verf.) werden können".

Allerdings erst durch die Einführung von Tonbandaufzeichnungen wurden verbatim-verschriftete Texte einer systematisch-empirischen Psychotherapieforschung zugänglich gemacht (Kächele et al. 1973). Der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm und der dort seit den frühen achtiger Jahren installierten Ulmer Textbank, der UTB [Mergenthaler, 1985] kommt im deutschsprachigen Raum Schrittmacherfunktion zu, sowohl bezüglich der Standardisierung von Transkriptionsregeln (Mergenthaler 1986a) als auch der Speicherung von Therapietexten in einer umfassenden Datenbank (Mergenthaler & Kächele 1988).

2. Die Vokabularuntersuchung als eine Form der Inhaltsanalyse

Im Rahmen des Aufbaus der UTB und der damit verbundenen Entwicklung spezifischer Forschungsmethoden fanden auch erste systematische Wortschatzuntersuchen [Kächele et al., 1975] statt. Diese Ansätze wurden im Rahmen eines Projekts in Kooperation mit dem Penn Psychotherapy Project (Luborsky et al. 1988) wieder aufgegriffen und fortentwickelt [Hölzer et al., 1990].

Wortschatz- oder Vokabularuntersuchungen können gewissermaßen als Spezialfall einer klassischen Inhaltsanalyse betrachtet werden, ist doch in beiden Verfahren das einzelne, durch die jeweiligen Verschriftungsregeln definierte Wort die Analyseeinheit und damit die Grundlage jeder Auswertung. Als Spezialfall der inhaltsanalytischen Vorgehensweise können Vokabularuntersuchungen auch deswegen gelten, weil sie in ihrer schrittweisen methodischen Abfolge dem Verfahren der klassischen Inhaltsanalyse weitgehend entsprechen. Der wesentliche Unterschied liegt darin, daß bei Vokabularuntersuchungen zwar auf Wortbedeutungen, jedoch nicht auf Textinhalte und auf Bedeutungen von Aussagen rückgeschlossen wird. Im Gegensatz zur Inhaltsanalyse bei der man nach Merten

[Merten, 1983] regelgeleitet von den Merkmalen eines Textes auf die Merkmale eines Kontextes schließen kann, kommt es bei Vokabularanalysen zu keinen derartig weitreichenden Schlußfolgerungsprozessen. Die zu erreichenden Ziele sind enger gefaßt und umschriebener: Analysiert werden lediglich im Dialog durch die beteiligten Sprecher realisierte Vokabulare und die Entwicklung dieser Realisierung im Verlauf des Dialogs. Es erfolgt primär kein Rückschluß auf spezifische Gesprächsinhalte. Der inhaltsanalytische Anspruch, konkrete Textinhalte oder -bedeutungen zu erfassen, entfällt somit, auch wenn sich durch die Verwendung inhaltlich definierter Kategoriensysteme und entsprechender Zuordnungen inhaltliche Rückschlüsse in unseren Untersuchungen in begrenztem Umfang anbieten.

Analog zur Inhaltsanalyse besteht das Prinzip der computerunterstützten Vokabularuntersuchung darin, daß Auswertungskategorien als extensional definierte Begriffslisten dem Computer verfügbar gemacht werden, der dann durch entsprechende Programmschritte maschinenlesbare Texte nach den in den Begriffslisten aufgeführten Einzelwörtern absucht. Wie bei der klassischen Inhaltsanalyse erfordert also die Vokabularuntersuchung durch "eine Festlegung von theoretisch interessierenden Kategorien und die Zuordnung entsprechender Textstichwörter in einem Wörterbuch" [Speidel, 1979].

Wortschatz- oder Vokabularuntersuchungen als Baustein in die empirische Psychotherapieforschung einzuführen, erschien vielversprechend, da anzunehmen war, daß multiple Austauschprozesse wie sie zwischen Patient und Therapeut stattfinden, irgendwie auch im Bereich der Sprache und ihrer Bestandteile ihren Niederschlag finden sollten. Unsere zunächst rein quantitativen Untersuchungen, die sich u.a. auf die Größe des Wortschatzes und ähnlicher Parameter richteten [Hölzer, 19], stellten sich jedoch als unzulänglich heraus, v.a. weil der Bedarf nach inhaltlichen, klinisch relevanten Aussagen damit nicht abgedeckt werden konnte.

Da im psychotherapeutischen Kontext die Arbeit am emotionalen Erleben und Verhalten von Patienten im Vordergrund steht oder zumindest stehen sollte, schien aus theoretischen Gründen die Fokussierung auf eine Untersuchung des affektiven Vokabulars als eines Subvokabulars sinnvoll. Die

einschlägige Literatur [Greenberg und Safran, 1987] läßt jedenfalls keinen Zweifel darüber, daß "Emotionsverarbeitung" eine zentrale, mehr oder minder alle relevanten Therapieverfahren bestimmende therapeutische Heuristik darstellt [Ambühl, 1989].

Das Affektive Vokabular als eines der empirischen Korrelate der Emotionsverarbeitung wurde von uns definiert als all die Wörter eines Sprechers, die auf der Einzelwortebene eine emotionale Konnotation besitzen: als die Summe aller verwendeten Gefühlswörter. Methodisch ist hervorzuheben, daß beim Affektiven Vokabular sogenannte sprachnotwendige Bestandteile nicht mit in die Untersuchung eingehen. Als sprachnotwendige Bestandteile werden z. B. Artikel oder Konjunktionen aufgefaßt, die keine in bezug auf das Kriterium (also in diesem Fall die Affektivität der Wortbedeutung) relevante Bedeutung transportieren, die aber für das Verstehen bzw. für die Konstruktion von Sprache notwendig sind. Diese Wörter machen an einem geschriebenen oder gesprochenen Text prozentual gesehen einen erheblichen Bestandteil aus, ihr Ausschluß von der Untersuchung birgt folglich praktische Vorteile in bezug auf Übersichtlichkeit und Forschungsökonomie. Wie bisherige Untersuchungen zeigen, werden durch die Beschränkung auf die Untersuchung des affektiven Vokabulars "nur" jeweils bis zu ca. 4% aller gesprochenen Einzelwörter (token) in eine Untersuchung einbezogen, was die Größenordnung veranschaulicht, in der der Gesamttext ungefähr reduziert wird. Auf der Ebene des Vokabulars (der types, d.h. der Anzahl der verschiedenen gesprochenen Einzelwörter) fällt die Reduktion deutlich geringer aus. Unsere Ergebnisse zeigen, daß das Affektive Vokabular in einem psychotherapeutischen Setting teilweise sogar bis zu 10 % des Gesamt vokabulars der an einer Therapie beteiligten Sprecher ausmacht. Es erscheint also durchaus gerechtfertigt davon auszugehen, daß mit dem affektiven Vokabular ein substantieller Bestandteil des Gesamtwortschatzes der Sprecher zur Untersuchung ansteht.

3. Das Kategorienschema

Neben dem Problem der Analyseeinheit ist die Frage nach dem in einer Untersuchung des affektiven Vokabulars zu verwendenden Kategorienschema angesprochen. Der seinem Wesen nach reduktive Vorgang der Kategorisierung von Analyseeinheiten strebt eine vereinfachte Darstel-

lung und Erfassung der ursprünglichen Gesamtheit der Daten durch Schaffung relevanter Informationsebenen an. Reduziert wird auch hier idealerweise lediglich in bezug auf die jeweilige Fragestellung irrelevante Information.

Wie erwähnt, gingen wir davon aus, mit einer auf die Benutzung von Gefühlsworten reduzierten Auswertungsebene den Kernbereich für psychotherapeutische Gespräche relevante sprachliche Bausteine anzusteuern. Auf Details zum von uns angewendeten Kategoriensystem soll im folgenden genauer eingegangen werden.

Theorien über Emotionen und Motivation gibt es im Bereich der wissenschaftlichen Psychologie in unübersichtlicher, kaum zu durchdringender Vielfalt. Auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung ist der Mangel insbesondere solcher Theoriesysteme, die Querverbindungen zu anderen wichtigen Nachbardisziplinen (wie z. B. der Ethologie, der Biologie, Soziologie und der Cognitive Sciences)sowie eine Vernetzung mit empirischen Forschungsergebnissen aus eben diesen Forschungsfeldern zulassen, zu beklagen. Mit der Theorie H. Dahls "Emotions as appetites and messages. A new psychoanalytic theory of motivation" [Dahl, 1978] liegt eine aus dem amerikanischen Sprachraum stammende Theorie vor, die den aufgezählten Kriterien in befriedigendem Umfang Rechnung trägt und deswegen zur Ableitung unseres Kategorienschemas herangezogen wurde.

Dahl verwendet ein Schema zur Klassifikation von Emotionen, dessen Einteilungsprinzip auf DeRivera's "Decision Theory of Emotions" [DeRivera,1977] zurückgeht. Diesem liegt die Annahme zugrunde, daß eine Person, die einem Objekt - in der Realität oder der Phantasie - begegnet, ihre Entscheidungen, wie sie sich diesem Objekt gegenüber verhalten soll, in mindestens drei voneinander unabhängigen Dimensionen trifft. Je nachdem wie die jeweilige Kombination von Entscheidungen ausfällt, empfindet die Person dann ein entsprechendes Gefühl. Während die Entscheidungsprozeduren für die einzelnen Dimensionen als weitgehend vor- oder unbewußt vorgestellt werden, dringt das Ergebnis (bei DeRivera die "end decision"), d. h. also die spezifische Kombination der verschiedenen Dimensionen als gefühlte Emotion in das Bewußtsein vor.

Durch die von Freud [Freud,1915] beschriebenen Polaritäten Subjekt-Objekt, Lust-Unlust und Aktiv-Passiv bzw. deren Ähnlichkeit mit den DeRivera'schen Dimensionen angeregt, erzeugt Dahl durch die Verwendung von ebenfalls drei Dimensionen mit je zwei Entscheidungsmöglichkeiten pro Dimension ein aus ($2 \times 2 \times 2 =$) 8 Grundemotionen (entsprechend 8 verschiedenen Entscheidungskombinationen) bestehendes Klassifikationsschema.

Abbildung 1

Der erste Entscheidungsschritt in dem abgebildeten Baum (die "**Orientierung**"), bezieht sich auf den Unterschied zwischen Objektemotionen (bei Dahl "it-emotions") und Selbstaffekten (von Dahl zunächst "me-emotions", später "affects" benannt). Erstere includieren Gefühle, die auf ein Objekt gerichtet sind, wie z. B. Furcht oder Zorn. Selbstaffekte hingegen kennzeichnen primär objektlose Gefühlszustände, wie z. B. Zufriedenheit oder Depression. Objektemotionen dienen primär der Beziehungs-, Selbstaffekte vornehmlich der Selbstregulation. Die Möglichkeit der Annahme innerer Objekte, die bei einer bestimmten Klasse von Selbstaffekten wie beispielsweise den Schuldgefühlen in der psychoanalytischen Theoriebildung hypostasiert werden, wird damit in der Dahl'schen Theorie und in dem daraus abgeleiteten Kategorienschema vernachlässigt.

Der zweite Entscheidungsschritt (die "**Wertigkeit**") beinhaltet für die Objektemotionen die Entscheidungsmöglichkeit zwischen "Anziehung und Abstoßung" (prototypische Gefühle, die sich in dieser Dimension unterscheiden, die jedoch Objekthaftigkeit als gemeinsame Eigenschaft aufweisen, sind z. B. Liebe und Wut) sowie für die Selbstaffekte die Polaritäten "positiv - negativ" (beispielsweise Zufriedenheit und Angst).

Die dritte Dimension - bei den Objektemotionen die der **Richtung**, bei den Selbstaffekten die des **Aktivierungsgrades** - fällt also für beide Klassen von Gefühlen unterschiedlich aus. Während die Richtungsdimension der Objektemotionen die Pole "vom Subjekt gerichtet auf Objekt" (z. B. Zorn) bzw. umgekehrt "vom Objekt gerichtet auf Subjekt" (z. B. Furcht) beinhaltet, wird hinsichtlich des Aktivierungsgrads der Selbstaf-

fekte zwischen den Empfindungsqualitäten "aktiv" (z. B. Freude) und "passiv" (z. B. Zufriedenheit) differenziert.

Der erste Entscheidungsschritt des dargestellten Entscheidungsbaums als der theoretische bedeutsamste trennt also die Gesamtheit aller Gefühle wie beschrieben in zwei grundsätzlich voneinander unterschiedene Klassen. Die Unterscheidung zwischen objekt- bzw. selbstbezogenen Gefühlen, wird durch die unterschiedliche Benennung unterstrichen: Objektbezogene Gefühle werden wie erwähnt von Dahl als Emotionen (it-emotions) bezeichnet, sie fungieren als biologisch-genetisch vermittelte **Bedürfnisse** (daher im engl. "appetites"): Wünsche ("appetitive wishes"), die das Subjekt in bezug auf ein Objekt entwickelt und deren Erfüllung durch sog. Konsumatorische Akte ("consumatory acts") sichergestellt wird. Zumindest terminologisch finden sich hier auch Überschneidungen mit anderen Autoren: "Die Beziehung zu einem Objekt wird als Bedürfnis etabliert". [Moser, 1978] (S. 244). Der Vollständigkeit halber sei an dieser Stelle erwähnt, daß die Dahl'schen Objektemotionen drei Komponenten beinhalten, durch die sie somatischen Bedürfnissen strukturell vergleichbar werden: 1. Eine **perzeptive** Komponente, d.h. die Empfindung eines spezifischen inneren Zustandes wie z. B. Hunger, Durst bzw. im Fall der Objektemotionen eines Gefühls wie Wut oder Zuneigung. 2. Den **impliziten Wunsch**, die Wahrnehmungsidentität mit einem früheren Befriedigungserlebnis herzustellen (z. B. dem Geschmack von Wasser, dem Gefühl, sich an einem gehaßten Gegner gerächt zu haben, etc.). 3. Eine **konsumierende Endhandlung** (eben das Trinken von Wasser, die rächende Handlung etc.), durch die das Befriedigungserlebnis oder ein symbolisches Äquivalent erreicht werden kann.

4. Die Konstruktion des Affektiven Diktionärs Ulm (ADU)

Bei der Konstruktion inhaltsanalytischer Wörterbücher werden gewöhnlicherweise zwei verschiedene Vorgehensweisen, die induktive und die deduktive voneinander unterschieden. Während bei der deduktiven Methode Kategorien unabhängig vom zu untersuchenden Textmaterial nach theoretischen Kriterien definiert und als Begriffslisten mit Einzelworten aufgefüllt werden, leitet die induktive Vorgehensweise Kategorieninhalte und -struktur vom zu untersuchenden Textmaterial ab. Die im folgenden dargestellte Vorgehensweise entspricht im wesentlichen dem deduktiven Ver-

fahren, da die Kategorien durch das oben skizzierte, von Dahl empirisch validierte Kategorienschema [Dahl, 1978] vorgegeben waren.

Das Vorgehen bei der Konstruktion des Wörterbuchs läßt sich in drei Einzelschritte untergliedern: Auf die Erstellung eines Häufigkeitswörterbuchs (HWB) des jeweils zu untersuchenden Textes (1) erfolgt die Selektion der in den HWBs aufgeführten Gefühlswörter (2) und schließlich die Zuweisung der als Gefühlswörter bewerteten Einträge zu den einzelnen Kategorien (3).

Abbildung 2

Wie aus der Abbildung 2 ersichtlich, wurden für die Konstruktion des ADU verschiedenste Textsorten (Erstinterviews, Kurztherapien, Psychoanalysen, experimentelles Sprachmaterial etc.) herangezogen, um ein möglichst breites Sprachspektrum abzudecken und damit größtmögliche Vollständigkeit zu erreichen. Um Häufigkeitswörterbücher aus den einzelnen Textsorten zu erstellen, werden die jeweiligen Sprachproben zu sogenannten Korpora zusammengestellt. Der Begriff des Korpus bezieht sich auf einen technischen Vorgang der Zusammenfassung von einzelnen Gesprächen zu für die jeweilige Untersuchung sinnvollen Auswertungseinheiten. Die Prozeduren der UTB erlauben es dann, innerhalb eines solchen Korpus zu Auswertungszwecken zu differenzieren, z. B. zwischen Sprechern oder zwischen einzelnen Therapiestunden etc.

Unter einem Häufigkeitswörterbuch eines Korpus, beispielsweise einer Kurztherapie ist eine alphabetische Liste aller der Wörter zu verstehen, die Therapeut und Patient in allen verschrifteten Therapiesitzungen verwendet haben. Hinter jedem Wort ist die absolute Häufigkeit verzeichnet, mit der das Wort von beiden Sprechern im Untersuchungszeitraum, d. h. der gesamten Therapie verwendet worden ist. Die UTB weist für die Prozedur "Erstellen eines HWB" zwei getrennte Optionen auf: entweder werden die Wörter nach der Häufigkeit ihres Auftretens oder in alphabetischer Reihenfolge sortiert. Letztere Form der Auflistung erweist sich als für die nachfolgend beschriebene Beurteilung der "Emotionalität" oder "Affektivität" eines Wortes geeigneter, da eine Sortierung nach Häufigkeit sprachnotwendige Bestandteile wie Artikel, Konjunktionen

etc., die keine Emotionswörter sind, aufgrund ihres Überwiegens im Text überzufällig häufig an den Anfang des HWB's rückt. Eine alphabetische Sortierung der Wörter unterstützt eine für die Selektion von Gefühlswörtern günstigere, d.h. gleichmäßigere Verteilung dieser Wörter über die gesamte Liste.

Anhand dieser meist mehrere tausend Wörter umfassenden Liste wurde nun in einem ersten Schritt von zwei Beurteilern unabhängig voneinander jedes Adjektiv und Substantiv identifiziert, das ihrer Meinung nach eine emotionale oder affektive Konnotation hatte. Verben wurden anfangs mitberücksichtigt, erwiesen sich im Beurteilungsverfahren jedoch als im weit höheren Maße kontextabhängig als die anderen beiden von uns untersuchten Wortarten. Wir beschlossen, aufgrund der deutlich erhöhten Ambiguität dieser Wortart die Beurteilung von Verben zum Gegenstand einer separaten Studie [Kratz, Hölzer, Scheytt, 1990] zu machen. Vergleiche der durch die beiden Beurteiler auf diese Art in den HWBs erfassten Gefühlswörter zeigten Abweichungen in etwa 5% der Fälle. Für diese Abweichungen wurden zwei weitere Verfahrensschritte in kombinierter Form angewandt: 1. Konsensbildung durch Diskussion und 2. Kontextbeurteilung der Affektivität der fraglichen Wörter. Bei der ersten Prozedur wurden für strittige Wörter, bei denen die Beurteilung der Emotionalität unterschiedlich ausfiel, versucht per Diskussion Übereinstimmung zu erzielen. Wörter, bei denen auch auf diese Weise kein übereinstimmendes Urteil erreicht werden konnte, wurden durch eine zusätzliche UTB- Prozedur ("key-word in context" = KWIC) im jeweiligen Kontext ausgedruckt, um eine endgültige Beurteilung zu ermöglichen.

Diese nunmehr als "gefühlshaft" beurteilten Wörter wurden dann zu einer neuen Liste zusammengefügt, um im abschließenden dritten Schritt hinter das entsprechende Wort dieser Liste die jeweilige Emotionskategorie vermerkt, in die dieses Wort eingeordnet werden sollte. Die Ratings beider Prozeduren (der Beurteilung der Gefühlshaftigkeit der Worte sowie der Kategorienzugehörigkeit) wurden einer Reliabilitätstestung unterzogen, die mit Werten zwischen .60 und .85 insgesamt befriedigend ausfiel.

Abbildung 3 (Wachstumskurve)

Aus der Abbildung 3 geht die Zuwachsrate des ADU hervor. Auf der Wachstumskurve sind die einzeln untersuchten Korpora durch Punkte markiert. Deutlich wird die Wachstumsverlangsamung bei wachsender Zahl der untersuchten Korpora: Wie zu erwarten, nimmt die Steigung der Kurve im Verlauf der Beurteilung neuer Korpora merklich ab.

Bei dem Kontextrating fiel auf, dass manche Wörter, die ursprünglich als Gefühlswort geratet worden waren, im Kontext entweder anders kategorisiert oder sogar von einer Aufnahme ins ADU ausgeschlossen werden mußten, da sie in der Mehrzahl der Fälle nicht als Emotionswort auftraten. Ein Beispiel für einen solchen Fall ist das Wort "verlassen". Ich kann mich "verlassen fühlen" - hier wäre die Einschätzung in Kategorie 7 (Depression) richtig. Vielfach wird dieses Wort aber in der Perfektform zum gleichlautenden Infinitiv (z. B. "meine Mutter hat mich verlassen") benutzt. Diese Wortform darf jedoch per definitionem nicht aufgenommen werden, da nur Substantive und Adjektive im ADU berücksichtigt werden sollten. Oder das Wort wird gebraucht in dem Sinn von "ich kann mich auf dich verlassen", wobei die Kategorie 7 eine falsche Einordnung darstellen würde, hat der Ausdruck in dieser Wendung doch deutliche Objektbedeutung.

Zur Lösung dieser Probleme bietet die derzeitige Version der UTB noch keine gute Lösung (eine Unterscheidung von gleichlautenden Adjektiven und Perfektformen ist in einer zukünftigen Prozedur geplant). Um die Validität des Wörterbuchs zu erhöhen, blieb nur die Möglichkeit, für jedes Korpus wurde eine KWIC-Liste erstellt mit allen im Text auftauchenden Emotionswörtern. Jedes Wort wurde daraufhin einzeln beurteilt, ob es ein Gefühlswort oder ein Wort mit anderer Bedeutung darstellt. Trat das Wort sowohl als Emotionswort als auch in völlig anderen Bedeutungen auf (wie z.B. "sicher"), wurde eine "Mehrheitsentscheidung" getroffen: Wurde das Wort in mehr als der Hälfte aller Fälle als Emotionswort gebraucht, verblieb es im Diktionär, war es weniger, wurde das Wort für das ADU gestrichen.

Abbildung 4 (Prototypische Einträge)

Aus der Abbildung ist der Aufbau der vorläufig letzten Version des ADU mit seinen acht Kategorien und einigen prototypischen Einträgen ersichtlich. Insgesamt verfügt dieses Wörterbuch mittlerweile über 2108 Einträge verteilt über die einzelnen Kategorien. Auffallend ist dabei eine deutliche Häufung der Einträge in den Kategorien 7 und 8 des Wörterbuchs (Depression und Angst), im Gegensatz z.B. zur Zahl der Einträge in der Kategorie 2 (Überraschung). Analog zu den Verhältnissen im amerikanischen Sprachraum scheinen auch im Deutschen diese Gefühlsbereiche sprachlich bei weitem am differenziertesten abgebildet zu werden, was unseres Erachtens nicht nur Rückschlüsse auf die Häufigkeit als Gefühlszustand sondern auch auf die praktische und theoretische Relevanz von Depression und Angst *in der Psychotherapie* hinweist. Auf Parallelen, die sich zwischen der Dahlschen Emotionstheorie und der Freud'schen Theorie der Signalangst finden lassen, soll an anderer Stelle näher eingegangen [Hölzer, 1992] werden.

5. Eine empirische Untersuchung zum Therapeutenverhalten in verschiedenen Settings

Die ersten Anwendungen des Gefühlswörterbuches auf Therapietexte waren als Studie mit Pilotcharakter zu verstehen. Das Affektive Vokabular der an einer Therapie beteiligten Sprecher ist von derartig vielen Variablen abhängig, daß eine Hypothesenbildung, die auf lineare Zusammenhänge abzielt, insbesondere auch angesichts der Heterogenität bzw. Zufälligkeit der Stichproben, unsinnig erscheint. Diese Komplexität nicht aus den Augen lassend wurde versucht, 2 Hypothesen zum sprachlichen Verhalten eines Therapeuten zu formulieren, die zu überprüfen dennoch möglich erschien und die zu weiterführenden Untersuchungen Anstoß geben sollten. Ihr Wert und der der im folgenden beschriebenen Studie war also vor allem ein heuristischer. Die untersuchte Fragestellung bezog sich auf das affektive Vokabular ein und desselben Therapeuten in verschiedenen therapeutischen Settings: Erstinterviews, Kurztherapie und Langzeitanalyse.

5.1. Hypothesen

Hypothese 1:

Der Therapeut weist höhere Werte für den relativen Anteil der Emotionswörter - bezeichnet als Affektive Dichte - in seinen Äußerungen in Therapien verglichen mit seinen Äußerungen in Erstinterviews auf.

Begründung: Im Gegensatz zur Therapiesituation im engeren Sinne ist ein Erstinterview vor allem durch die diagnostischen Intentionen des Interviewers bestimmt, hat also bestimmte deskriptiv-explorative Aspekte, die nicht auf die Bearbeitung von Emotionen, sondern auf die Vergegenwärtigung der aktuellen Situation des Patienten, seiner Biographie etc. gerichtet ist. In psychodynamischen Therapien jedoch nimmt die Emotionsverarbeitung als therapeutische Strategie [Ambühl, 1989] eine zentrale Funktion ein. Emotionsverarbeitung wird in dieser Arbeit operationalisiert als "Emotionsausdruck" und "Emotionsidentifikation". Die therapeutische Strategie "Emotionsausdruck" ist darauf gerichtet, vom Patienten anfangs undifferenziert wahrgenommene Gefühle (und auch körperlich empfundene Spannungs- oder Unruhezustände) in differenzierte Affekte zu übersetzen [Kächele et al., 1975]. Wir gehen davon aus, daß sich dieser Schwerpunkt der therapeutischen Aktivität auf dem Emotionsausdruck in Therapien seinen Niederschlag im größeren Affektiven Vokabular und in dessen häufigerem Gebrauch finden wird. Der relative Anteil der Emotionswörter am Text wird von uns als "Affektive Dichte" bezeichnet. Die Affektive Dichte der Sprachproduktion des Therapeuten sollte also in den Therapien höher sein als in den Erstinterviews.

Hypothese 2:

Der Therapeut weist höhere Werte im relativen Anteil der Emotionswörter am gesprochenen Text auf als die jeweiligen Patienten. Er wird auch differenzierter über Emotionen sprechen als seine Patienten, was zu einem differenzierteren Affektiven Vokabular (mehr types) führen sollte.

Die Begründung dieser Hypothese läßt sich ohne weiteres aus der Begründung von Hypothese 1 ableiten.

5.2. Material

Der (männliche) Therapeut, dessen Interviews und Therapien hier untersucht werden, ist Psychoanalytiker. Seine psychoanalytische Ausbildung bei der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV) absolvierte er im Alter von 30 bis 35. Während der hier untersuchten Psychoanalysen ist er zwischen 31 und 35 Jahre alt, die Erstinterviews führte er im Alter von 36 bis 42 Jahren, zur Zeit der Kurztherapie ist er 44 Jahre.

Wir untersuchten 50 Erstinterviews, von denen der Therapeut im Rahmen der Ulmer Ambulanz 32 mit Patientinnen, 18 mit Patienten geführt hatte. Die Patientinnen waren zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 18 und 59 Jahre, die Patienten zwischen 20 und 48 Jahre. Die Berufe der Patienten umfaßten vorwiegend kaufmännische Berufe, Lehrer, Hausfrau, Büroangestellte, Angestellte und Techniker, nur vereinzelt waren Schüler, Auszubildende und Handwerker. Diagnostisch handelte es sich um psychoneurotische und psychosomatische Erkrankungen sowie Borderline-Störungen. Die Interviews wurden dem Therapeuten zugewiesen; eine Selektion im Hinblick auf inhaltliche Kriterien fand nicht statt; allerdings mußten die PatientInnen mit einer Videoaufzeichnung einverstanden sein.

Die Auswahl dieser 50 Erstinterviews richtete sich nach der Anzahl der in der UTB zur Verfügung stehenden Verbatimprotokolle gerade dieses Therapeuten. Über andere Untersuchungen, die mit diesem Korpus durchgeführt wurden, wird bei Wirtz & Kächele [Wirtz und Kächele, 1983] und bei Schuhmacher & Kächele [Schumacher und Kächele, 1986] berichtet.

Als Kurztherapiekorpus wurde die Therapie eines 22-jährigen Studenten untersucht. Er kam wegen einer zwar milden, aber seit Jahren andauernden Zwangssymptomatik in die Therapie. In Vorgesprächen war ihm zunächst eine hochfrequente längerdauernde Behandlung empfohlen worden; an der Ulmer Ambulanz wurde ihm nach dem Erstinterview eine 30-stündige Kurztherapie empfohlen (eine ausführliche Begründung dieser Indikationsstellung findet sich bei Kächele et al. 1990). Der Patient beschreibt neben einer generalisierten Zwanghaftigkeit eine ihn besonders beeindruckende und auch belastende Zwangshandlung damit, daß er sich, wenn er durch eine Tür gehe, immer umschauchen müsse, so als ob er etwas suche. Ganz besonders ausgeprägt ist das Symptom im Hause seiner Eltern. Seine soziale Situation ist durch Spannungen in einem eheähnli-

chen Verhältnis mit einer etwas älteren Frau geprägt. Von der Kurztherapie, die 29 Stunden umfasste, wurden 27 Stunden untersucht: Stunde 23 wurde nicht auf Tonband aufgenommen und konnte deshalb nicht transkribiert werden, Stunde 20 war ein Paargespräch mit der Freundin des Studenten und wurde aus diesem Grund nicht berücksichtigt.

Darüberhinaus wurden zwei psychoanalytische Langzeitbehandlungen untersucht:

Die 26jährige "Franziska" (Zur Vergabe der Pseudonyme s. Thomä & Kächele 1988) kam zur Behandlung, weil sie unter heftigen Angstanfällen litt, die besonders in Situationen auftraten, bei denen sie ihr berufliches Können unter Beweis stellen sollte. Ihre Ausbildung in einem männlich geprägten Beruf hatte sie glänzend abgeschlossen und sie konnte mit einer erfolgreichen Karriere rechnen, falls sie ihre Ängste überwinden würde. Schon länger bestehende milde soziale Ängste als Folge einer moralisch engen Erziehung hatten nach dem Abschluß der Ausbildung der Entwicklung der heftigen Angstsymptomatik Vorschub geleistet. Begleitend bestanden erhebliche Störungen der sexuellen Empfindungsfähigkeit und eine psychogene Sterilität. Von Franziskas Psychoanalyse gingen 108 verschriftete Stunden in die Untersuchung ein.

Bei der zweiten untersuchten Psychoanalyse handelte es sich um die Therapie mit einem 35-jährigen Mann ("Gustav") mit der Diagnose "Arbeitsstörung auf der Grundlage einer Charakterneurose". Gustavs Schwierigkeiten traten bereits während seines Studiums auf, konzentrierten sich aber vor allem auf Prüfungssituationen, die er dennoch mit glänzenden Leistungen überstand. Seit er seinem Beruf nachging, hatten sich seine Probleme derart verschlechtert, daß er unter starken Insuffizienzgefühlen, Depressionen und Schlaflosigkeit litt. Er mußte sich häufig krank melden, da er vor Angst, den Unterricht nicht halten zu können, erbrach. Aus dieser Analyse wurden insgesamt 106 Stunden untersucht.

5.3. Ergebnisse

Abbildung 5

Die Abbildung zeigt ein Ergebnis, das als Bestätigung der ersten Hypothese gewertet werden kann. Die entsprechende ANOVA ($F = 5,23$, $p < .0005$) bestätigt die Signifikanz des nachgewiesenen Unterschieds des Therapeutenverhaltens zwischen den einzelnen klinischen Settings. Wie vorhergesagt, steigt mit der Intensität des Settings auch die Affektive Dichte in der Sprachproduktion des Therapeuten, d.h. sein relativer Anteil an Gefühlsworten. Es kann spekuliert werden, daß das auch einer Zunahme der Emotionsverarbeitung als therapeutischer Strategie in den klinisch intensiveren Settings entspricht. Ob sich diese therapeutischen Strategien qualitativ tatsächlich wie von uns vermuteten Sinne verteilen, bleibt genaueren Untersuchungen, die dann natürlich über die Einzelwortebene hinausgehen, vorbehalten.

Abbildung 6 (Objektemotionen und Selbstaffekte)

Differenziert man im vom Therapeuten benutzten affektiven Vokabular hinsichtlich der beiden von Dahl theoretisch formulierten Untergruppen, d.h. zwischen **Objektemotionen** und **Selbstaffekten**, so findet sich folgender interessanter Unterschied zwischen Erstinterviews und Therapien: Während der relative Anteil der benannten Selbstaffekte ("Klagen") am Therapeutentext über die Korpora hinweg mit durchschnittlich 1,18% nur minimale Unterschiede aufweist (maximal 0,17%), schwankt der relative Anteil der Objektemotionen am Therapeutentext beträchtlich. Auch dieses Ergebnis liegt in der von uns erwarteten (wenn auch nicht ausdrücklich hypostasierten) Richtung: In den Erstinterviews finden sich vergleichsweise weniger Ausdrücke für vom Therapeuten benannte Objektemotionen, in der Kurztherapie relativ mehr und noch höhere Werte in den Langzeittherapien. Im Rahmen klinischer Überlegungen kann dieses Ergebnis derart interpretiert werden: In den Erstinterviews beschränkt sich der Therapeut auf eine eher empathisch-spiegelnden Haltung, die "Klagen" (Selbstaffekte) des Patienten aufgreifend, um diesem vornehmlich das Gefühl des Verstandenwerdens zu vermitteln. Im therapeutischen Rahmen hingegen (und hier gilt: je länger, desto intensiver) nimmt eine konfrontierend-interpretative Haltung des Therapeuten zunehmend breiteren Raum ein, mit der er "Klagen" (Selbstaffekte) des Patienten in "Anklagen" (Objektemotionen) umformuliert. Auch die für die Einzelkategorien durchgeführte ANOVA unterstützt eine solche Interpre-

tation, denn der stabilste Unterschied im Sprachverhalten des Therapeuten zwischen den verschiedenen Settings findet sich in Kategorie 6 (Furcht) als einer negativen Objektemotion ($F = 4,64$; $p = .001$). Paarvergleiche mittels t-Test zeigen, daß hier der Unterschied zwischen den Langzeitanalysen und den anderen Settings besonders zu Buche schlägt.

Zum Vergleich sei die Affektive Dichte in den sprachlichen Äußerungen der jeweiligen Patienten dargestellt: es zeigt sich, daß bei den Patienten eine ähnliche Tendenz zur Zunahme der Affektiven Dichte mit steigender Intensität des Settings zu beobachten ist.

Abbildung 7 (Affektive Dichte/Patienten)

Gustav als Patient in Langzeitanalyse stellt in dieser Beziehung jedoch eine deutliche Ausnahme dar. Sein niedriger Durchschnittswert in Affektiver Dichte trotz intensiven Therapiesettings deutet darauf hin, daß das Setting einen größeren Einfluß auf die Sprachproduktion des Therapeuten hat als auf das entsprechende Patientenverhalten. Der Therapeut läßt sich offenbar nicht durch die "emotionale Sprachlosigkeit" seines Patienten anstecken, sondern arbeitet seiner dem Setting angepaßten therapeutischen Strategie gemäß. Diese Ergebnis liefert allerdings wichtige Hinweise auf andere, nicht untersuchte Variablen (v. a. auch Persönlichkeitsvariablen, die mit Settingvariablen in Wechselwirkung stehen), die die Affektive Dichte im Text eines Sprechers beeinflussen.

Abbildung 8 (Affektive Dichte Therapeut/Patienten)

Auch Abbildung 8 zeigt ein Ergebnis in der vorhergesagten Richtung. In der Tat weist der Therapeut höhere Werte für Affektive Dichte auf als seine jeweiligen Patienten. Dies gilt primär unabhängig von der jeweiligen therapeutischen Situation, d. h. von den jeweils durch das Setting vorgegebenen spezifischen Bedingungen. In drei der untersuchten Korpora sind die Ergebnisse signifikant, bei den Erstinterviews mit männlichen Patienten findet sich für den Unterschied eine Irrtumswahrscheinlichkeit von 6%. Man darf also annehmen, daß es sich hierbei um ein relativ stabiles Therapeutenmerkmal (zumindest für diesen Therapeuten) handelt. Es bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten festzustellen, ob

sich andere Therapeuten im Vergleich mit ihren Patienten ähnlich "emotional" verhalten. Daß der Unterschied beim Studenten nicht signifikant ausfällt (beide Sprecher zeigen in etwa gleiche Werte für Affektive Dichte), weist auf einen differentiellen Effekt hin: Während der Patient die Emotionalität seiner sprachlichen Äußerungen in erster Linie aus der Nennung von Selbstaffekten erzielt (Selbstaffekte 1,15 %, Objektemotionen 0,68 %), findet sich beim Therapeuten ein zumindest tendenziell ausgeglicheneres Verhältnis zwischen diesen beiden Kategoriekombinationen (Selbstaffekte 1,14% Objektemotionen 0,83%).

Im Gegensatz zu unserer Vermutung zeigen die Patienten entsprechend ihrer deutlich höheren Verbalen Aktivität (höhere Anzahl token) auch deutlich "differenziertere" (höhere Anzahl types) emotionale Vokabulare als der Therapeut. Mehr Sprechen heißt im Verhältnis Patient/Therapeut in den von uns untersuchten Größenordnungen auch (zumindest auf der Vokabularebene) differenzierter sprechen. Probatorisch durchgeführte qualitative Analysen im Text zeigen, daß die Patienten nicht wirklich differenzierter über ihre Gefühle sprechen als der Therapeut. Der Ausdruck der "Differenziertheit" bezieht sich ausschließlich auf die höhere Anzahl der types, die aufgrund der mathematischen Gesetzmäßigkeiten zwischen token und types nicht überraschen. Der zweite Teil der zweiten Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden.

6. Zusammenfassende Diskussion

In den vorangegangenen Abschnitten wurde kurz eingegangen auf die Stellung von Vokabularuntersuchungen in der Psychotherapieforschung und die Zentrierung des Vokabularansatzes auf semantisch eingegrenzte Subvokabulare. Die Wahl des Affektiven Vokabulars eines an einer Therapie beteiligten Sprechers als Subvokabular und damit als Forschungsobjekt dieser Untersuchung wurde begründet. Das Affektive Vokabular erschien besonders geeignet, da die einzelnen Facetten der "Emotionsverarbeitung" in jedem psychotherapeutischen Geschehen eine zentrale Rolle einnehmen. Auf die klassische Inhaltsanalyse als ein den Vokabularuntersuchungen methodisch nahestehendes Verfahren, die Ulmer Textbank, mit Hilfe derer die vorgestellte Untersuchungen durchgeführt wurden, wurden kurz dargestellt. Die Emotionstheorie Dahls und das von DeRivera abgeleitete Klassifikationsschema, auf dessen Grundlage

später das Gefühlswörterbuch innerhalb der Ulmer Textbank neu entwickelt werden konnte, wurden erläutert. Auf Details der Konstruktion des ADU wurde eingegangen und eine Studie, in der mit Hilfe des Affektiven Diktionärs Ulm klinische Hypothesen untersucht wurden, wurde exemplarisch vorgestellt

Abschließend soll kurz der forschungslogische Ort von Vokabularuntersuchungen im Spektrum psychotherapeutischer Forschungsmethoden gestreift werden. Zunächst beschränkte sich die empirische Therapiefor- schung darauf, Erfolgsmessungen durchzuführen, ohne gemessene "Effekte" mit Prozeßparametern in Verbindung zu bringen. *Dann wurde das Paradigma der Prozess-Ergebnisforschung etabliert, welches tausende von korrelativen Ergebnissen produziert hat (Orlinsky & Howard 1986). Die dabei verwendeten Parameter erfordern meist den Einsatz geschulter Beurteiler für vorgegebene Konzepte, was den Stichprobenumfang solcher Untersuchungen meist erheblich einschränkt. Computer-gestützte Methoden der Prozessbeschreibung sind deshalb seit langem ein Desiderat einer differenzierten Prozessforschung (Kächele 1976). Die von uns untersuchten Vokabulare sind primär als Parameter psychotherapeutischer Prozesse anzusehen, die nach entsprechenden Entwicklungsarbeiten systematisch-deskriptive Studien an großen Stichproben ermöglichen.* Jedenfalls lassen die Ergebnisse unserer Studie lassen durchaus darauf schließen, daß durch die Erfassung des emotionalen Vokabulars bestimmte therapeutische Techniken und Ereignisse abgebildet werden können. Das psychotherapeutische Forschungsdilemma, wie und warum Therapien wirken, läßt sich natürlich nicht mit einer in so hohem Maße reduzierten Methode allein aufklären.

Die Untersuchung des affektiven Vokabulars kann unserer Meinung nach jedoch ein interessanter Beitrag sein auf dem Weg zur Kombination bzw. Integration von ergebnis- und prozeßorientierten Forschungsdesigns, der in der jüngeren Vergangenheit immer häufiger beschrritten wird [Bastine et al. 1989] [Grawe, 1989)]. Denn Textanalysen auf der Einzelwortebene stellen zwar nur einen kleinen Ausschnitt aus einem sehr komplexen Forschungsfeld dar, können aber mit Einzelergebnissen aus anderen Bereichen zu einem großen Mosaik der Psychotherapieforschung zusammengesetzt werden.

Literatur

- Kächele H (1976) Maschinelle Inhaltsanalyse in der psychoanalytischen Prozessforschung. 2. Aufl. PSZ-Verlag, Ulm 1986
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973) Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung. *Psyche* 27:902-927
- Klann G (1979) Die Rolle affektiver Prozesse in der Dialogstruktur. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg) *Therapeutische Kommunikation*. Scriptor, Königstein, S 117-155
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988) Who will benefit from Psychotherapy? Basic Books, New York
- Mergenthaler E (1986a) Die Transkription von Gesprächen. Ulmer Textbank, Ulm
- Mergenthaler E, Kächele H (1988) The Ulm Textbank management system: A tool for psychotherapy research. In: Dahl H, Kächele H, Orlinsky D, Howard KI (1986) *Process and outcome in psychotherapy*. In: Garfield S, Bergin AE (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd edn. Wiley, New York, S 311-381
- Thomä H (Eds) *Psychoanalytic process research strategies*. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo, S 195-212
- Thomä H, Kächele H (1988) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 2: Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo