

Emotionales Vokabular in der Analyse der Amalie X

Dan Pokorny, Michael Hölzer, Nicola Scheytt, Horst Kächele

1 Wortschatzanalysen

Worte nichts als Worte, wie können Worte verändern? Diese Frage steht im Zentrum der psychoanalytischen Behandlungstechnik, denn jenseits aller Regeln des Settings, den äußeren Arrangements kommt der Gestalt des psychoanalytischen Dialoges wesentliche Bedeutung zu. "In der psychoanalytischen Behandlung geht nichts anderes vor, als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt" (Freud 1916/1917, S.98). Auch wenn die Verbalisierung in der psychoanalytischen Situation nicht die gesamte Interaktion umfasst, können wir Freuds Bemerkung als Motto voranstellen, da der Austausch von Gedanken durch sprachliches Handeln in der Psychoanalyse ohne Zweifel einen zentralen Platz einnimmt. Der argentinische Psychoanalytiker Liberman hatte in den sechziger Jahren in einem dreibändigen Werk „Linguistica, Interaccion Comunicativa y Proceso Psicoanalitico“ (1970) die sprachwissenschaftliche Fundierung psychoanalytischen Handelns angeregt, die Goeppert (1973) mit pragma-linguistischen Untersuchungen aufgegriffen hat. Seitdem Flader et al. (1982) „Psychoanalyse als Gespräch“ thematisierten haben, stellen solche diskursanalytischen Untersuchungen auf der Basis von Transkripten auch bei uns einen Beitrag zum besseren Verständnis des analytischen Handelns dar.

Das Vokabular von Patienten war ein frühes Thema einer zunächst psychopathologisch-diagnostisch orientierten Forschung (Johnson, 1944). Die einschlägige Literatur zu lexikalischen Sprachverwendung als Ausdruck von Psychopathologie wurde von Vetter (1969) zusammengestellt. Schon Mowrer (1953) konnte zeigen, dass die sprachliche Variabilität in vielfältiger Weise mit dem Erfolg von Psychotherapie zunimmt. Sprachliche Variabilität wird berechnet, indem man die Zahl der verschiedenen Wörter (Typen) durch die Gesamtzahl der Wörter eines Textes dividiert. Das Verhältnis dieser beiden Maßzahlen wird meist als ein Indikator der Diversifizierung eines Textes betrachtet. (Jaffe 1958). Allerdings ist dieses Maß nicht unabhängig von dem Umfang des Textes, weshalb Herdan (1966) vorschlug, eine logarithmische Type-Token Ratio (TTR) zu benutzen. In der frühen Therapie-Forschung löste die TTR eine - wie wir heute wissen, verfrühte Begeisterung aus. Was Jaffe (1958) als "Sprache der Dyade" glaubte beschreiben zu können, wurde nicht repliziert und dürfte eher ein Artefakt seiner Stichprobe gewesen sein.

So hat Schaumburg (1980) in ihrer Dissertation das interaktive Verhalten persönlicher Fürwörtern an vier analytischen Behandlungen analysiert und diese frühe Begeisterung über interpersonale Tracking-Phänomene nicht bestätigen können.

Der allgemeiner Aspekt, wie gemessen auch immer, dass nämlich eine größere sprachliche Versatilität ein Zeichen des Durcharbeitens sein könnte, wie besonders Spence (1969)

argumentierte, ist bis heute noch nicht weiter geprüft worden. Wir haben selbst eine Studie zur dem Aspekt der formalen Redundanz vorgelegt - allerdings nicht für die Pat. Amalie X - und haben einen Hinweis erhalten, dass in der Tat im Text des Patienten Christian Y - nicht beim Analytiker - ein phasenhafter Verlauf der Redundanz mit dem Prozess durch Durcharbeitens zu tun haben könnte (Kächele u. Mergenthaler 1984). Hieran kann weiter gearbeitet werden.

Vokabularanalysen, wie sie im Feld der lexikalischen Statistik lange schon ausgearbeitet sind, wurden in der psychotherapeutischen Forschung eher spärlichen berücksichtigt; in der psychoanalytischen Forschung sind sie so gut wie gar nicht vorhanden. Studien zum Zusammenhang von Expressivität und Neuroseformen dominierten die ersten einschlägigen Studien (Lorenz 1953). Mahl (1961)'s Arbeiten zu paraverbalen Aspekten der gesprochenen Sprache fanden eine Zeit lang rege Aufmerksamkeit. Lexikostatistische Studien waren jedoch selten, da lange Zeit die manuelle Auswertung von Sprachkorpora der Anwendung an nicht-linguistischen Feldern recht enge Grenzen setzte.

Sollte man den Wortschatz eines Analytikers untersuchen: was würden wir erwarten? Eine Einpassung in die sprachliche Welt des Patienten, eine Passung, wie es heute zunehmend heißt? Würden wir erwarten, dass das schulgebundene Ausbildungssystem sich im Wortschatz äußert und dass nach längerer Praxistätigkeit sich ein freierer Wortschatz, eine schulen-ungebundene Wortwahl wieder finden ließe? Eines dürfte sicher sein, wie Julius Laffal (1967) schon gezeigt hat: die Auswirkung situativer Faktoren auf die sprachliche Welt ist erheblich. Das heißt die Frage ist nicht ganz trivial welche Merkmale des Wortschatzes transsituational erfasst werden sollten.

Erst durch die Entwicklung von computer-gestützten Werkzeugen konnte auch die Wortschatzanalyse im therapeutischen Bereich Einzug halten (Kächele 1976). Eigene erste Vorstudien haben uns zu diesem Ansatz ermutigt. Schon vor der Etablierung der maschinellen Inhaltsanalyse in Ulm belegten wir die Veränderung von Substantiven als Prozessmerkmal (Kächele et al. 1975). Später, mit der Etablierung der ULMER TEXTBANK und ihren subtilen Auswertungsmöglichkeiten konnten wir systematische Wortschatzanalysen in Angriff nehmen.

Eine erste Vokabularanalyse von Transkripten aus dem Penn Psychotherapy Project (Luborsky et al., 1980) erbrachte, dass "Therapieerfolg" durchaus signifikant mit einfachen Vokabularmaßen wie dem "privaten" (d.h. nur von einem Sprecher benutzte) bzw. dem gemeinsamen (d.h. von beiden Sprechern benutzte) Vokabular korreliert. Es fanden sich Hinweise darauf, dass "erfolgreiche" Therapeuten sich dem Sprachverhalten ihrer Patienten auf der Ebene des Wortschatzes in höherem Maße anpassen als dies für "nicht-erfolgreiche" Therapeuten nachgewiesen werden konnte. Die Analyse der verschiedenen untersuchten Vokabulare ergaben auch Hinweise darauf, dass diese Anpassungsleistung der Therapeuten

auf den affektiven Anteil der realisierten Vokabulare in besonderer Weise zutraf. Wörter von Patienten, die Gefühle und Stimmungen zum Ausdruck bringen, wurden - unserem Eindruck nach - von erfolgreichen Therapeuten zuverlässig aufgegriffen (Hölzer et al. 1996). Dies führte zu der Entwicklung eines Instrumentes zur systematischen Analyse des affektiven Vokabulars (Hölzer et al. 1997).

Es liegt deshalb mehr als nahe, und doch ist dies bislang nicht systematisch geschehen, den sprachlichen Austausch von Patient und Analytiker nicht nur unter den Aspekten von Regeln und Interaktionsritualen zu fassen (Goffman 1973), sondern auch direkt bei der Herstellung einer gemeinsamen Sprachwelt zu untersuchen. Hierzu soll an dieser Stelle ein erster Eindruck von den Möglichkeiten dieser Betrachtungsweise gegeben werden.

2 ADU - Affektives Diktionär Ulm

Die Autoren des Affektiven Diktionärs (Hölzer et al. 1997) haben sich zum Ziel gesetzt, ein Klassifikationsschema der Emotionen zu entwickeln, das einerseits nahe dem analytischen Denken wäre und gleichzeitig dank einem einfachen Klassifikationsalgorithmus in der empirischen Forschung praktisch anwendbar wäre. Die ersten Schritte knüpfen an die frühen Überlegungen von de Rivera an (vgl. Dahl und Stengel, 1976), der ein 6-dimensionales Schema mit 64 theoretisch möglichen Kategorien vorgeschlagen hat. De Riveras Schema war theoretisch ausführlich, jedoch die hohe Kategorieanzahl hinderte entscheidend seine praktische Anwendbarkeit. Dahl (1978) vereinfachte die Konstruktion zum 3-dimensionalen Schema mit 8 Kategorien. Das Klassifikationsverfahren erfolgt nach Dahl, Hölzer und Berry (1992) in vier Schritten:

- *Ist das gegebene Wort prinzipiell emotionaler Natur oder nicht?*
- *Drückt das emotionale Wort eher eine positive oder negative Gefühlslage aus?*
- *Beschreibt der emotionale Begriff ein Gefühl, das sich auf eine Beziehung des Subjekts zu einem Objekts bezieht („it“ oder auch Objektemotion, prototypisch Wut oder Zuneigung), oder beschreibt sie einen emotionalen Zustand des Subjekts ohne direkten Objektbezug („me“ oder Selbstemotion, prototypisch Zufriedenheit oder Niedergeschlagenheit)?*
- *Bei den Objektemotionen wird schließlich zusätzlich eine Richtungsdimension eingeschätzt: vom Subjekt handelnd zum Objekt („to“, 1=Liebe, 5=Zorn), oder umgekehrt: Vom Objekt ergehend zum Subjekt („from“, 2=Begeisterung, 6=Furcht). Bei den Selbstemotionen werden passive (3=Zufriedenheit, 7=Depressivität) und aktive Gefühlslagen (4=Freude, 8=Ängstlichkeit) unterschieden.*

Zentrale Bedeutung hat nicht nur die erste, sondern vor allem auch die zweite Dimension (Objekt / Selbst), die eine psychoanalytisch bedeutsame Qualität der Emotionen erfasst: Zum

Beispiel werden bei den negativen Emotionen negative Selbst- (wie z.B. Angst und Niedergeschlagenheit) von negativen Objektemotionen (Zorn, Furcht) unterschieden. Ziel der analytischen therapeutischen Arbeit ist es in der Regel nicht, die negativen durch die positiven Emotionen Schritt für Schritt zu ersetzen, sondern „Klagen“ (eben negative Selbstemotionen wie Depressivität oder Ängstlichkeit) in „Anklagen“ (Zorn, Furcht) zu transformieren, d.h. einen Patienten in der Bewusstwerdung verdrängter beziehungsregulierender Gefühle durch entsprechende Deutungsaktivität zu unterstützen. Zu den vier Selbstemotionen wurden später (Hölzer, 1996) klinisch begründete Subkategorien hinzugefügt: Erleichterung, Stolz, Scham und Schuld. Man hat bei Untersuchungen mit dem Affektiven Diktionär Ulm (ADU) nun also die Wahl zwischen dem Grundsystem mit 8 oder einem erweiterten System mit 12 Kategorien. Aus der nachstehenden Tabelle werden die einzelnen Kategorien des ADU (zuzüglich der von Amalie X besonders häufig benutzten Einträge) ersichtlich.

Emotionen	positive Emotionen	positive Objekt-emotionen	1	Liebe	<i>Liebe, liebenswürdig, freundlich, Verständnis, zärtlich</i>
			2	Begeisterung	<i>interessiert, Spaß, attraktiv, bewundert, eindrucksvoll</i>
		positive Selbst-emotionen	3	Zufriedenheit	<i>zufrieden, Ruhe, ruhig, Sicherheit, angenehm</i>
			3b	Erleichterung	<i>Erleichterung, erleichtert, Entlastung, Erlöst, unschuldig</i>
			4	Freude	<i>Freude, Lust, Kraft, Hoffnung, frei</i>
			4b	Stolz	<i>stolz, Macht, selbstbewusst, kompetent, Triumph</i>
	negative Emotionen	negative Objekt-emotionen	5	Zorn	<i>böse, Hass, Wut, aggressiv, Rache</i>
			6	Furcht	<i>furchtbar, Erschrecken, entsetzlich, fürchterlich, gefährlich</i>
		negative Selbst-emotionen	7	Depressivität	<i>deprimiert, traurig, unglücklich, kaputt, Ohnmacht</i>
			7b	Schuld	<i>Schuld, Schuldgefühle, schuldig, bestraft, Gewissensbisse</i>
			8	Ängstlichkeit	<i>Angst, nervös, durcheinander, Spannung, Beunruhigung</i>
			8b	Scham	<i>Scham, peinlich, feige, bloßgestellt, demütigend</i>

Auf der Grundlage dieses theoretischen Klassifikationsverfahrens wurde eine deutsche Version eines Diktionsars gebildet; es wurde eine möglichst umfassende Liste aller Wörter mit den entsprechenden affektiven Konnotationen der 12 Kategorien erstellt. Diese Klassifizierung konnte nicht mechanisch durchgeführt werden, da die Bedeutung der Wörter stark von ihrem Kontext abhängt, was wiederum nur empirisch untersucht werden kann. Dies war in einer Reihe von Studien aufgrund der in der ULMER TEXTBANK verfügbaren Psychotherapie-Texten und durch die Mitarbeit zahlreicher Diplomanden und Doktoranden (Nicola Scheytt, Michael Kratz, Volker Zimmermann u.v.a.) möglich. Gegenwärtig umfasst das ADU 2046 Affektwörter in der grammatikalischen Grundform, die mithilfe eines linguistischen Tools in 26823 denkbare Vollformen expandiert werden (Pokorny 2000). Bei der Analyse der Verbatimprotokolle der Therapiesitzungen verarbeitet das Programm Wort für Wort kontext-frei, wodurch zwangsläufig auch ein bestimmter Anteil Fehleinschätzungen entsteht. Größere Genauigkeit könnte dabei nur durch eine ergänzende manuelle Beurteilung erzielt werden, was einem erheblichen Aufwand einfordert.

Aus der Fülle der mit dem ADU dann erfolgten Studien ist die oben erwähnte Untersuchung der aus dem Penn-Psychotherapy-Project stammenden Transkripte von besonderer klinischer

Relevanz. Luborsky et al. (1988) hatten in ambulant durchgeführten analytisch orientierten Therapien mittels einer sehr differenzierten outcome Bewertung „erfolgreiche“ von „nicht erfolgreichen“ Psychotherapien unterschieden. Aus den Ergebnissen dieser Untersuchung wurde später die „helping alliance“ als Prädiktor von Therapieerfolg extrahiert. Nicht nur konnten die umfangreichen Verbatimprotokolle aus dieser Untersuchung in die Ulmer Textbank überführt werden, auch das Affektive Diktionär Ulm konnte mit Hilfe von „native speakern“ aus der deutschen in eine englische Version transformiert werden. Die Untersuchung der Penn-Transkripte in zwei konsekutiven Schritten erbrachte in der Tat das erwartete Ergebnis: erfolgreiche Therapien gingen rein quantitativ mit der schieren Anzahl von Emotionswörtern einher und die Betonung negativer Objektemotionen zu Ende der Therapie korrelierte mit den Erfolgsmaßen besonders hoch (Hölzer et al. 1996).

4 Analyse des Textkorpus der Amalie X

Insgesamt waren zum Zeitpunkt der hier beschriebenen Untersuchung 219 Stunden (von 517) der Analyse der Amalie X transkribiert. Da die Ergebnisse unserer Untersuchungen der Penn-Daten auf die Interdependenz des emotionalen Vokabulars von Patient und Therapeut schließen lassen, vermuteten wir, dass die entsprechenden emotionalen Vokabulare auch miteinander korrelieren sollten. Dies ergibt sich schon aus der Tatsache, dass eine Therapie an den Gefühlen eines Patienten oder einer Patientin vorbei wenig Sinn macht. Unsere Untersuchungen lieferten eben auch Hinweise – wie oben beschrieben – auf eine systematische Transformation negativer Selbstemotionen in negative Objektemotionen im Verlauf von Analysen als prototypisch aufdeckende Verfahren. Entsprechende Hypothesen für die Untersuchung des Korpus der Amalie X lassen sich folgendermassen formulieren:

Hypothesen:

H1) Die entsprechenden emotionalen Vokabular-Kategorien von Patientin und Therapeut sollten quantitativ miteinander positiv korreliert sein.

H2) Für beide Sprecher sollte ein Anstieg der negativen Objektemotionen (insbesondere der Kategorie „Zorn“) im Verlauf nachweisbar sein bzw. ein damit korrespondierender Abfall negativer Selbstemotionen.

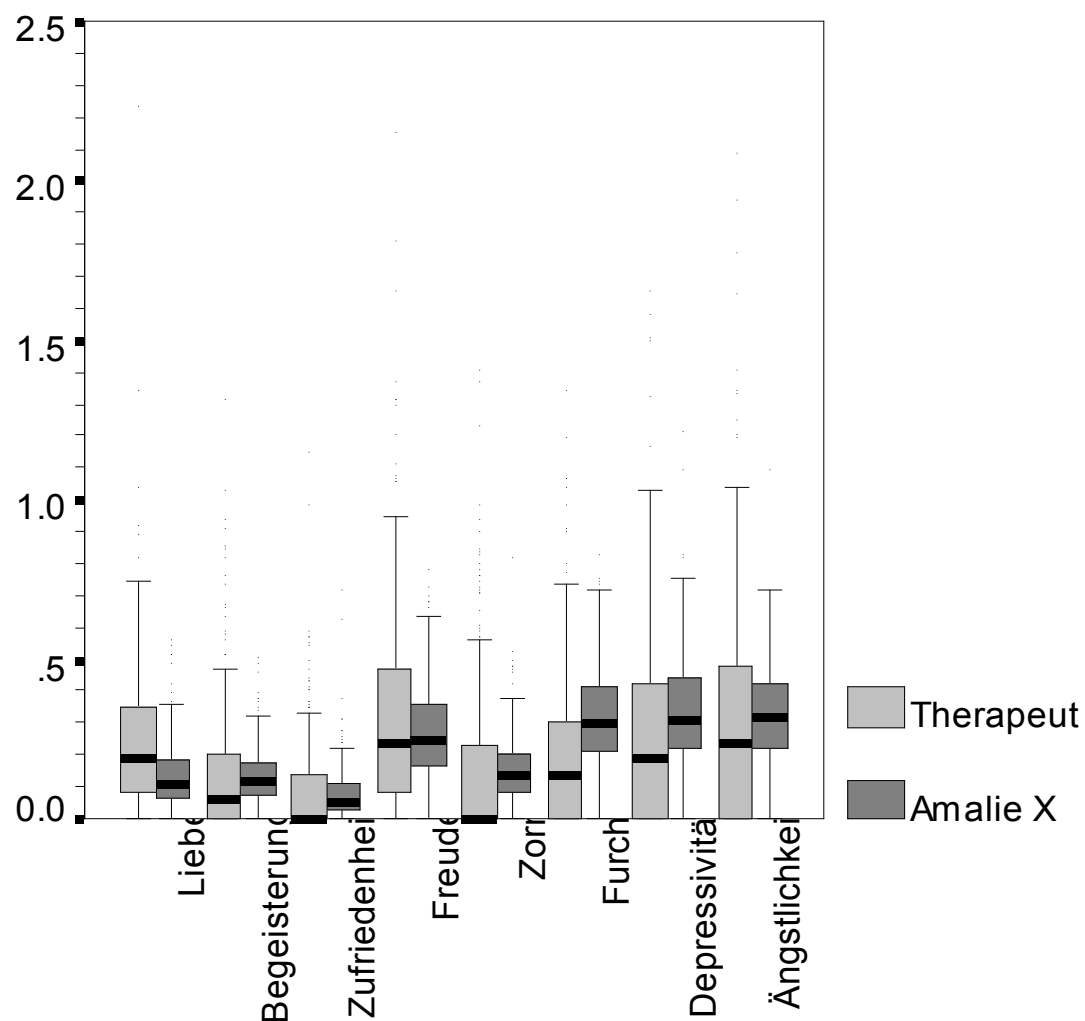
Berechnet wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten (bezogen auf die „tokens“, d.h. auf die gesamte Wortmenge) des affektiven Vokabulars bzw. dessen Unterkategorien. Es fanden sich für beide Sprecher mit ca. 1,8% Anteil der Emotionswörter am gesprochenen Text durchaus für dieses Setting in dieser Höhe typische Werte. Der Vergleich der realisierten Vokabulare, d.h. die Häufigkeit ihrer Verwendung (siehe Tabelle und Graphik) belegt zum einen eine gewisse Korrespondenz des Wortgebrauches, denn die Verteilungen der affektiven

Wörter auf die Kategorien ähneln einander stark. Es verwundert allerdings auch nicht, dass die Patientin - im Gegensatz zum Therapeuten - Häufungen in den negativen Selbstkategorien und vor allem auch in der negativen Objektkategorie „Furcht“ aufweist. Zu der Betonung der Kategorie 1 („Liebe“) durch den Therapeuten siehe weiter unten.

Häufigkeiten der Kategorien

Emotion	Ther.	Pat.	ES
Liebe	.25	.14	+.56
Begeisterung	.15	.14	+.05
Zufriedenheit	.10	.08	+.12
Freude	.32	.28	+.19
Zorn	.17	.16	+.08
Furcht	.26	.32	-.54
Depressivität	.29	.34	-.20
Ängstlichkeit	.32	.33	-.05
Insgesamt	1.80	1.78	+.03

T-Test, p zweiseitig: .05 .01 .001
ES: Effektstärke, *d* nach Cohen



Die Hypothese 1 im Hinblick auf die Interdependenz des sprachlichen Ausdrucks von Emotionen, mit der wir eine positive Korrelation der affektiven Äußerungen von Patientin und Therapeut auf der Wortebene angenommen hatten, konnte eindrücklich belegt werden:

N=219 Sitzungen	P1 Liebe	P2 Beg.	P3 Zufr.	P4 Freude	P5 Zorn	P6 Furcht	P7 Depr.	P8 Ängst.
T1 Liebe	.35	.11	.05	.08	.11	-.06	.05	-.06
T2 Begeisterung	.07	.23	-.10	-.12	-.07	.10	-.28	.04
T3 Zufriedenheit	.01	.03	.28	-.03	.05	.02	-.08	-.02
T4 Freude	.16	.06	.04	.33	-.08	.01	.15	-.03
T5 Zorn	.01	-.07	.15	-.06	.39	.03	.05	-.10
T6 Furcht	-.04	.05	.13	-.04	-.19	.30	-.07	.23
T7 Depressivität	-.02	-.07	.13	-.04	.01	.09	.22	.04
T8 Ängstlichkeit	-.01	.01	.10	-.07	-.09	.15	.01	.33

Spearman-Korrelation, p einseitig: .05 .01 .001

Amalie X und ihr Therapeut korrelieren signifikant positiv in allen entsprechenden Kategorien des Affektiven Diktionärs miteinander. Offen bleibt an dieser Stelle, ob diese Passung auf ein besonders einfühndes (und sprachlich damit dokumentiertes) Therapeutenverhalten reflektiert. Möglich ist zumindest, dass besonders der Therapeut die affektiven Äußerungen seiner Patientin aufgreift und reverbalisiert. Möglich ist allerdings auch, dass Amalie X affektiv fokussierte Interventionen ihres Therapeuten für sich reflektierend verarbeitet und deswegen Ähnlichkeiten im Sprachgebrauch resultieren. Zu vermuten steht allerdings, dass es sich klinisch um einen gemeinsam gestalteten prozesshaften Dialog handeln dürfte, in den beide „Richtungen“ integriert sind.

„Klagen in Anklagen“

Die inhaltlich deutlich differenziertere Hypothese 2, mit der wir einen Anstieg der negativen Objektemotionen und einen gleichzeitigen Abfall negativer Selbstemotionen angenommen hatten, konnte partiell bestätigt werden. Der Anstieg der negativen Objektemotion „Zorn“ findet sich im Vokabular von Amalie X, nicht aber bei ihrem Therapeuten. Der allerdings fokussiert im Verlauf spürbar weniger auf negative Selbstemotionen, aus unserer Sicht aufgrund einer immer beziehungsorientierteren Deutungsaktivität. Die Tatsache, dass es sich bei den gefundenen Korrelationen eher um schwächere Effekte handelt, scheint u.E. nicht gegen die prinzipielle Richtigkeit der theoretischen Annahmen zu sprechen, sondern eher dafür, dass es sich bei den in der Analyse angestrebten strukturellen Veränderungen um entsprechend schwierige und damit auch zeitaufwändige Prozesse handelt.

N=219 Sitzungen	1 Liebe	2 Beg.	3 Zufr.	4 Freude	5 Zorn	6 Furcht	7 Depr.	8 Ängst.
Therapeut	-.02	-.05	-.11	-.07	.01	-.03	-.18	-.18
Amalie X	.05	.15	-.12	.07	.15	-.17	.04	.03

5 Beispiele

Die unten angeführten Beispiele sollen zum einen die Arbeitsweise des ADU wiedergeben. Aus ihnen wird deutlich, dass natürlich viele Gefühle und Stimmungen metaphorisch bzw. im Satzzusammenhang ausgedrückt und nicht notwendigerweise durch ein einzelnes Wort kodiert werden. Auch falsch-positive Kodierungen sind möglich wie in Beispiel B, wo die Wörter „am liebsten“ eine Handlungspräferenz anzeigen soll, keine eigentliche Emotion. Ansonsten weisen die Beispiele eine recht hohe Trefferrate auf, die meisten Emotionswörter werden automatisch den richtigen Kategorien zugewiesen. Schwieriger aber durchaus im Sinne unserer Hypothesen lassen sich therapeutische Strategien in den Beispielen verfolgen bzw. durch diese belegen.

Beispiel A entstammt als Textpassage der Stunde, in der der Therapeut am häufigsten Gefühlswörter aus der Kategorie 1 verwendet, ohnehin die Kategorie, in der er sich signifikant von der Patientin unterscheidet. Nicht nur verdeutlicht dieses Beispiel in typischer Weise, wie der Therapeut einen affektiven Terminus der Patientin aufgreift und reverbalisiert, sondern auch, wie der Therapeut die „liebvolle Tochter“ umgehend zu der „Gegenliebe“ und hier vor allem der ausbleibenden Gegenliebe (als letztlich negative Objektemotion) in Beziehung setzt. Beispiele für ähnliche Transformationsprozesse finden sich in dieser Analyse häufig.

Beispiel A – Arbeit des Analytikers mit der Kategorie 1 – Liebe (Sitzung 11)

P: ich wollte doch noch mal was sagen von dem Vater. ich sagte gestern, ich hätte gern, daß ich eben eine **liebvolle_1** Tochter bin. das ist natürlich selbstverständlich zweiseitig, ich hätte natürlich auch von innen her ein normales Verhältnis.

A: einen **liebvollen_1** Vater. sie wären gern eine **liebvolle_1** Tochter, um auch -,

...

A: ja, das ist auch der Ursprung der Tränen, hm.

...

A: ja, beziehungsweise es gab früher dann eine, wie Sie, glaube ich, beschrieben haben, daß er sie ja irgendwo vorgezogen hat, was aber offenbar in einer Weise, die gar nicht dem entsprach, wie für Sie eben **Liebe_1**, **Zuwendung_1** und **Zuneigung_1** eben aussieht, nicht ?

...

A: ja, es ist ja so, ein immer wieder Versuchen, doch **liebvolle_1** Tochter zu sein, um dann leer auszugehen.

...

A: Sie sagten ja nun, Sie suchen ja auch dann etwas. Sie gehen nach Hause oder so, oder verreisen mit den Eltern, so als ob Sie eben dort geradezu die einzige Chance haben, als **liebvolle_1** Tochter doch noch etwas **Gegenliebe_1** zu finden, dort und nirgendwo sonst. ich übertreibe jetzt.

...

A: nun, andererseits sagten Sie vorhin, sie würden sie nicht suchen, weil es so **frustrierend_7** ist, **liebvolle_1** Tochter zu sein ohne **Gegenliebe_1** zu finden und nun könnte man dann sagen, also stattdessen haben Sie dann noch immerhin die Mutter, die Sie versorgt, die nett ist dann, die Sie auch etwas **verwöhnt_2**.

...

*A: das aber dann heißt, nicht nur auf ihn verzichten beziehungsweise auf die **Hoffnung_4**, daß die nicht realistisch, wie Sie beschreiben, daß er auch mal anders sein könnte, denn das ist ja eine alte **Sehnsucht_1**, die nicht auf **Gegenliebe_1** gestoßen ist, sondern dann auch noch auf die Mutter, also das ist eine -, dann hieße das ja Verzicht auf der ganzen Linie.*

Das Beispiel B beginnt mit der schon oben erwähnten falsch-positiven Kodierung („...am liebsten umgebracht“), ironischerweise drückt die Patientin damit - am Anfang der Stunde - das krasse Gegenteil der durch das ADU erfassten Kodierung aus. Die restlichen Kodierungen sind allerdings stimmig: das Leitthema der gesamten Stunde war der Umgang mit Hass. In diesem Sinne handelt es sich um eine typische Sequenz, denn der Therapeut lässt sich auch im Verlauf der weiteren Therapie fast keine Chance entgehen, starke Gefühle (und hier insbesondere solche aus der Kategorie 5 - Zorn) auf Seiten der Patientin aufzugreifen und wenn möglich auch auf sich zu beziehen, um ein Durcharbeiten bislang verdrängter Impulse zu ermöglichen.

Beispiel B – Kategorie 5, Zorn auf den Therapeuten (Sitzung 172)

A: ja? (sehr, sehr lange Pause). ist etwas besonderes?

P: hm. (sehr lange Pause) ich weiß nicht, vielleicht.

A: hmhm.

*P: ich hätte Sie glaub ich gestern am **liebsten_1** umgebracht.*

A: mh. (sehr lange Pause) am Ende, ehm, der Stunde oder?

P: mh.

A: mh.

P: nachher.

A: als Sie weggingen oder?

P: ja. (sehr lange Pause).

...

*P: ich weiß nicht, ob ich **wütend_5** bin, ich glaub nicht, daß ich **wütend_5** bin. [...] ich weiß zum Beispiel ganz genau, warum Sie das trifft, wenn ich **wütend_5** wäre, -*

*A: ja, vielleicht daß, eh, hat auch der **Haß_5**, eh, mit zu tun, daß so nach der Uhr geht.*

... ..

P: was mein ich?

*A: **Haß_5**.*

P: ja, so was. (10 Sek. Pause). es sind zwei Ebenen, Sie reden mit mir als Therapeut, aber Sie sind ja zugleich auch ein ganz bestimmter Mensch und.

A: mh.

*P: ich weiß nicht recht auf wen sich der **Haß_5** richtet.*

*A: ja, auf den, es ist der **Haß_5** auf den, der die **Macht_4b** hat, **Macht_4b** hat.*

P: nein, ich glaub eher auf Sie selber.

...

P: ich glaub, das weiß ich ganz gut, wie das ist aus zweiter Hand.

A: mh.

P: das ist.

A: ja, aus zweiter Hand, das heißt ich kann, Sie meinen, ich kann gut, gut reden.

P: mh.

A: mh. der hat gut reden.

*P: ja, so. und daher kommt auch der **Haß_5**.*

A: mh.

*P: oder der **Neid_5** oder, ich weiß auch nicht. (Pause 2:10)*

Beispiel C. Drei Stunden später erweist sich die Deutungslinie bzw. die daran erkennbare Strategie der Transformation negativer Selbstemotionen in negative Objektemotionen als durchaus erfolgreich. Spricht die Patientin zunächst über Depressivität und Ohnmacht (hier am Beispiel eines Filmes als Ausgangspunkt ihrer Assoziationen), so wagt sie am Ende der

Sequenz (allerdings nicht mehr durch das ADU erfasst...) eine offene Kritik, ja geradezu einen Angriff auf den Analytiker (Kategorie 5): "Hören Sie mir überhaupt zu?".

Beispiel C – Kategorie 7 Depressivität und Aushaltung der Ohnmacht (Sitzung 175)

P: haben Sie Vielleicht den Film über diese Gefangenen gesehen, über diese Lebenslänglichen, gestern?

A: *nein.*

P: nein, hm. (Pause 0:15).

A: *der Sie bewegt_2 hat und noch bewegt_2.*

P: ja, der ist sehr **deprimierend_7** gewesen. [...] **furchtbar_6 deprimierend_7**. [...] so **grausam_6**, so. (Pause) fiel mir der Satz von der **Ohnmacht_7** wieder ein, daß man die aushalten müsse, das ist undenkbar. [...] da möchte man dann **lieber_1** irgendwas tun und dann weiß ich nicht was und dann fühl ich mich wirklich **ohnmächtig_7**.

...

P: daß es eben Menschen gibt, die dazu da sind, **Ohnmachten_7** auszuhalten und, - und die andern die, ehm, die tralala, die haben's gut.

A: *ja, das, eh, auf jeden Fall. wurde der Satz bei Ihnen so verallgemeinert, nicht, eh, so als hätte ich gemeint.*

P: wahrscheinlich.

A: *das müßte man in jedem Fall, das ist wunderbar.*

P: ah nein, oh nein, Moment, nein, ich wollt nämlich eigentlich heute zu Ihnen sagen.

A: *mh.*

P: ich hab sehr oft das Gefühl, Sie fordern mich auf, also auffordern jetzt ein bißchen **stark_4** gesagt, eh, verändern und was tun und, und.

A: *mh.*

P: und eben, ja, vor allem (unverständlich, spricht sehr schnell) und dagegen wollt ich auch noch was sagen, muß man denn immer, immer, immer verändern und, und, ja, ich sag's gleich noch an welchem Kontext ich's da noch vollends meine. da kam mir eigentlich das dann als Alternative **Ohnmacht_7** aushalten auch nicht so ganz gelegen, aber sagen wir mal in die Richtung, daß man mal ab und zu auch abwartet oder eben wirklich mal was aushält. ich lehne das bestimmt nicht ab und ich hab's auch nicht so verallgemeinern wollen, aber gestern und heute, als ich sowas in der Zeitung lese, (unverständlich) da kam mir das so vor wie wenn es eben Menschengruppen gäbe, die können tun was sie wollen, die sind einfach irgendwie dazu, eh, ich hätt beinahe gesagt verdammt, **Ohnmachten_7** auszuhalten und die andern die sind **aktiv_4** und mit **Erfolg_4b** oder auch **passiv_7** mit **Erfolg_4b**. das ist wirklich verallgemeinert, ich weiß, und das hab ich dann auch so draus gemacht, das weiß ich auch. (Pause 0:10). und sie ins andere Lager geschickt, das hab auch ich getan, in das Lager der **Erfolgreichen_4b** (Pause 0:45). Sie haben mir jetzt überhaupt nicht zugehört. (Pause 0:15).

A: *an welcher Stelle nicht?*

P: ja, ab dem letzten Satz, den Sie gesagt haben.

Beispiel D soll nicht so sehr die hypostasierten therapeutischen Strategien der Reverbalisierung bzw. deutenden Transformation selbst veranschaulichen als viel mehr die resultierende emotionale Vielfältigkeit, mit der die Patientin in einem fortgeschrittenen Stadium ihrer Analyse Beziehungsepisoden beschreibt. In Kategorien der Dual Code Theory von Wilma Bucci (1988) ist die Patientin in ihr Erleben emotional eingetaucht, sie schildert besonders auf der Gefühlsebene facettenreich und plastisch ihr inneres Erleben. Aus unserer Sicht sprechen solche Episoden am Ende von Therapien durchaus für Therapieerfolg im Sinne einer generalisierten emotionalen Entfaltung, jedoch gerade nicht im Sinne einer „oberflächlichen“ Häufung positiver Selbstemotionen.

Beispiel D – Beziehungsreflexionen zum Therapieende (Sitzung 502)

P: aber sonst geht mir ja der Stoff aus wenn ich nicht träume und wenn's keinen *D mehr gibt obwohl's den natürlich noch gibt. es gibt ihn immer noch mehr denn je. er deckt immer noch alles zu. es ist **furchtbar_6** und ich kann ihm überhaupt nicht **böse_5** sein. manchmal versuch ich **krampfhaft_8** mir all seine **schlechten_7** Dinge vorzubeten und es wirkt überhaupt nicht, im Gegenteil. - . es ist so ein Stadium wo ich wenn ich's nicht **peinlich_8b** oder beinahe kitschig fände täglich einen Brief schreiben könnte, täglich. ach, zehn Briefe könnt ich schreiben nicht bloß einen, aber es hält mich natürlich sehr viel davon ab. vor allem das

Bewußtsein daß ihm das **lästig_6** wird und daß es insgesamt auch irgendwo gar nicht stimmt was ich da schreibe. und dann stimmt's wieder **überwältigend_2**, das ist ganz **verrückt_8**. aber das ist. - .
[.....]

P: es gibt solche Menschen die, ich erinnere mich an 'ne Urwaldszene, **grauenvoll_6**. liefen wir 'ne Stunde, 'ne gute Stunde durch den Nebel. durch dicken Wald und richtige röhrende Hirsche und es war fast **unheimlich_6**. es kam gar nichts als diese Nacht und dieser Wald und er war meilenweit entfernt, lief einfach ganz **einsam_7** dahin. und wir liefen miteinander, aber es war absolut die Entfernung. wir hatten auch nicht geredet aber D ist ja, ist wie ein kleiner Junger der auf dem Sandhaufen und seine Burgen baut und seine Kuchen backt und überhaupt niemand braucht dazu. weil er da niemand braucht. schon greifen. aber in, er ist in allem sehr **einsam_7**, im Zugriff und mit der ganzen Art wie er lebt. er hatte einmal so einen Ausfall von Wahrnehmung, das ist **erschreckend_6**. da guckt er sie dann auch an, da meinen sie grad er sei zum ersten Mal auf die Welt gefallen. 's ist ein Einzelspieler. ich weiß nicht ob man mit dem überhaupt mitspielen kann, ob's da Brücken gibt wo man mitspielt. eigentlich wenn man ihn anschaut das ist meistens so ein tragischer Blick oder so ein grandioser Blick oder. ich erinnere mich gar nicht an, an ein langes Schauen oder **zärtlich_1** oder so. 's war immer alles sehr, irgendwie sehr **hart_5**. muß auch als Kind sehr abgeschlossen gelebt haben.

A: *obwohl er ein Einzelspieler ist, ah, wie Sie sagen, hat er doch sehr viel. eben, an Spielleidenschaft auch, ah, wecken können in Ihnen.*

P: ja, alle. das hat aber nichts mit ihm zu tun sondern nur mit mir.

A: *ja.*

P: ja, ja, alle. -. ja, och. das ist ja der Punkt an dem ich nie weiterkomme. denn ich vermute, daß der Punkt, ah, die ganze **Faszination_2** ausmacht.

