

Huber D ^{1,2}, Schmuck A ³, Kächele H ²

Die verbale Aktivität in therapeutischen Dialogen - ein exemplarischer Vergleich.

¹ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Harlaching, München

² International Psychoanalytic University Berlin

³ Fraunhofer Institut, EMI, Freiburg

Prof. Dr. Dr. Dorothea Huber
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum Harlaching,
Städtisches Klinikum München GmbH
Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
HYPERLINK "<mailto:d.huber@lrz-tum.de>" d.huber@khmh.de
fon 089-62102897 fax 089-62102898

Zusammenfassung

Die dialogische Situation, die in der psychotherapeutischen Behandlung hergestellt wird, ist nicht so spezifisch wie gerne angenommen wird und es stellt sich die Frage, ob und wie sich die Psychotherapieformen im Kommunikationsstil voneinander unterscheiden lassen. Daher werden in der vorliegenden Untersuchung die verbale Aktivität und andere Charakteristiken des Sprachstils von Therapeut und Patient anhand von zwei psychoanalytischen Therapien, zwei psychodynamischen Therapien und zwei kognitiven Verhaltenstherapien verglichen.

Psychoanalytische Therapeuten sprechen insgesamt am wenigsten, Verhaltenstherapeuten am meisten. Die Patienten sprechen in allen Therapien relativ gleich viel. Da die Therapeuten in den psychoanalytischen Therapien sehr viel weniger sprechen als in der Verhaltenstherapie, ist der Patientenredeanteil in der psychoanalytischen Therapie am höchsten. Charakteristika auf formal-linguistischer Ebene: Die Aussage ist in der Verhaltenstherapie mit 51% die häufigste Interventionsform, in der psychodynamischen Therapie mit 36% und in der psychoanalytischen mit 27% die zweithäufigste. Die häufigste Intervention in der psychodynamischen und psychoanalytischen Therapie ist jeweils das Zuhören, in der Verhaltenstherapie macht es nur einen geringen Anteil der Kommunikation aus. Fragen werden am häufigsten in der Verhaltenstherapie gestellt. Es gibt also deutliche und theoriekonforme Unterschiede im Sprechverhalten zwischen den drei Therapiemethoden auf Einzelfallebene.

Verbal activity in therapeutic dialogs – a single-case comparison

Abstract

The discourse in psychotherapeutic treatment is less specific than usually expected. Are different therapy methods different in their style of communication? In the following study we compare verbal activity and other characteristics of the discourse of therapist and patient for two psychoanalytic, two psychodynamic and two cognitive behaviour

therapies. Psychoanalytic therapists talk the least, behaviour therapists the most. Patients talk nearly the same in all therapies. As therapists of psychoanalytic treatment talk less than behaviour therapists, percentage of patient talking is largest in psychoanalytic therapy. Further formal characteristics: Statement is the most frequent intervention in behaviour therapy (51%), in psychodynamic (36%) and psychoanalytic (27%) only second frequent. Most frequent intervention in psychodynamic and psychoanalytic therapy is listening, whereas it is only a small part of communication in behaviour therapy. Questions are asked mostly in behaviour therapy. Hence there are significant differences, which correspond to theory, between the three therapy methods in discourse behaviour on a single-case level.

Vorgeschichte

Freud's Diktum in der psychoanalytischen Behandlung gehe nichts anderes vor, als ein Austausch von Worten (Freud 1916/1917, S. 98), war gewiss eine didaktisch gemeinte Aussage. Die dialogische Situation, die in der psychotherapeutischen Behandlung hergestellt wird, ist nicht so spezifisch wie gerne angenommen wird. Zu Recht werden wir uns fragen, ob solche Dialoge von anderen philosophischen oder literarischen Dialogformen sich unterscheiden, und ob diese, und wenn ja wie, von anderen vielfältigen Dialogen der Alltagssituation verschieden sind. Spezieller können wir dann fragen, ob sich die Psychotherapieformen voneinander unterscheiden lassen. In der psychoanalytischen Situation ist geregelt, dass zunächst der Patient aufgefordert ist zu reden. Zu einem späteren Zeitpunkt der Sitzung kann dann der Analytiker die führende Rolle übernehmen. Aus einer Umfrage, die Glover 1939 in der Britischen Gesellschaft durchführte, wissen wir, dass die häufigsten Fragen, die von jüngeren Analytikern an ältere Kollegen gerichtet werden, sich nicht so sehr auf die Kriterien der Interpretation, sondern auf die Quantität, die Form und das Timing beziehen (Glover 1955, S.269). Auf die Frage: "Sprechen Sie während der analytischen Sitzung eher mehr oder weniger?" ergab sich, dass die Mehrzahl der Antworten eher zu weniger Interpretation neigt als zuviel zu sagen" (S.274). Es muss jedoch deutlich gemacht werden, dass mit "Interpretationen" die verbale Aktivität des Analytikers nicht angemessen beschrieben ist. Einfache Fragen, Konfrontationen, Klarifikationen und stützende Bemerkungen

gehören gleichfalls zum technischen Repertoire. Ganz allgemein lassen sich die aufgeführten Hinweise im Begriff der "Asymmetrie des Dialoges" zusammenfassen, in welcher sich die spezifisch psychoanalytische Aufgabenverteilung widerspiegelt (Argelander 1968).

Unklar bleibt, wieviel in den diversen therapeutischen Situationen von wem gesprochen wird. Untersuchungen, die über ein Meinungsbild hinausgehen, sind ausgesprochen rar: Einer der ersten Berichte der in der Mitte der fünfziger Jahre einsetzenden Psychotherapieforschung über verschiedene systematische Zugänge zu verbalen Daten ist der von Mowrer (1953). Dieser für die damalige Zeit recht umfangreiche Forschungsbericht detailliert insbesondere die Studien von Zipf (1949) zu quantitativen Verteilungsaspekten von sprachlichen Elementen.

In den nachfolgenden Jahren trat die Arbeitsgruppe um Matarazzo mit ihren systematischen Studien zu „speech and silence behavior“ in Interview hervor. Auf der ersten von der American Psychoanalytic Association gesponserten Konferenz zu „Research in Psychotherapy“ (Rubinstein u. Parloff 1959) berichteten sie dezidiert, dass sie sich nach vierjähriger Arbeit in der Lage sahen, über Variablen zu berichten, die ‚highly reliable‘ waren. Auf der dritten Konferenz dieser Veranstaltungsreihe (Shlien et al. 1968), die eine Initialzündung für das Gebiet darstellte, gaben sie dann eine ausführliche Darstellung ihrer Ergebnisse: „We began the study of seven cases with the knowledge that the variables we had chosen for study (frequencies and duration of speech, silence and interruptions) possessed the basic qualities required for the study of change in any human behavioral dimension“ (Matarazzo et al. 1968, S. 347). Dieser Darstellung lassen sich für sieben untersuchte eklektische Behandlungen, neben vielfältigen Mikro-Untersuchungen (z.B. Sprech-Pause Phänomene), auch recht einfache Angaben über die globale verbale Aktivität entnehmen:

Tab. 1: Globale verbale Aktivität, nach Matarazzo et al (1968, S. 388)

	% Redeanteil in einer einzelnen Sitzung (gemittelt über alle Sitzungen)	% Redeanteil in einer einzelnen Sitzung (gemittelt über alle Sitzungen)	% Redeanteil in einer einzelnen Sitzung (gemittelt über alle Sitzungen)
	Therapeut	Patient	Gesamt
RGM-SM	16,8	62,8	77,8 ^a

RGM-HW	10,3	84,2	93,8
GS-BP	43,7	56,0	94,5
GS-TM	26,7	67,1	91,9
JDM-AB	18,4	75,5	93,3
JDM-CD	19,2	64,5	83,5
JDM-EF	35,6	35,4	70,0

^a der Gesamtwert ist weniger als die Summe der beiden Sprecher, da kleinere Anteile überlappend gesprochen wird.

Die von H.E. Richter inspirierte Giessener Psychosomatische Arbeitsgruppe griff – nach einer Studienreise in die USA – diese Forschungsrichtung auf und entwickelte in den siebziger Jahren auch einen computer-gestützten Untersuchungsansatz zum formalen Sprech-Pausenverhalten (Brähler 1976). Sie untersuchten zahlreiche Erstinterviews (Zenz u. Brähler 1975) und vier psychodynamische Psychotherapien (Junker et al. 1974).

Diese Studien wurden dann von der DFG-geförderten Ulmer Forschergruppe zum psychoanalytischen Prozess aufgenommen. Auf dem ersten europäischen Treffen Psychotherapieforscher in Trier 1981 berichteten sie für die verbale Aktivität in vier Psychoanalysen anhand umfänglicher Stichproben folgende Befunde (Kächele 1983):

Tab. 2: Mittelwerte der Summe gesprochener Worte pro Behandlungsstunde

	Textumfang Patient (Worte)	Textumfang Analytiker (Worte)	Verhältnis Pat. : Analyt.	Anzahl Stunden
Amalie X	2.921,2	780,3	3,7 : 1	113
Christian Y	1.353,7	1.200,4	1,1 : 1	110
Franziska X	2.483,6	817,8	3,0 : 1	93
Gustav Y	3.595,0	718,0	5,0 : 1	50

Die vier Patienten wurden von zwei Analytikern behandelt; Amalie X und Christian Y von H. Thomä, Franziska X und Gustav Y von H. Kächele. Wir sehen, dass in drei der vier Behandlungen die Relation von Patient und Analytiker zwischen 3 und 5 zu 1 variiert; bei Pat. Christian Y finden wir eine ungewöhnliche Parität der verbalen Aktivität, die nur aus den besonders schwierigen Bedingungen des Analysenverlaufs in den ersten Jahren der Behandlung zu begründen ist.

Die folgende Abbildung vergleicht die summarischen Angaben für vier psychoanalytische

Behandlungen (Ulmer Daten), vier psychodynamische Psychotherapien (Giessener Daten) und drei Werte für die Erstinterviews von drei Ulmer Therapeuten in einem dreidimensionalen Graphen. Wie leicht zu sehen ist, bewegt sich die verbale Aktivität der Psychoanalytiker in den analytischen Behandlungen zwischen 10 und 20 Prozent der Sitzungen; die Giessener Psychotherapeuten bewegen sich zwischen 20 und 30 Prozent und die Erstgespräche der Ulmer Analytiker variieren erheblich, was die verbale Aktivität betrifft. Die Variabilität der verbalen Aktivität der Patienten ist erheblich, was der unterschiedlichen Pathologie geschuldet sein dürfte.

Abb. 1: Erläuterungen siehe Text, nach Kächele (1983)

Fazit: Diese frühen Studien zum Sprechverhalten in psychotherapeutischen Behandlungen regten uns an, im Rahmen der aktuellen Münchener Psychotherapie-Studie (MPS, Huber et al., in Druck) erneut die Mitarbeit von linguistischer Kompetenz mit zusätzlichen Fragestellungen zu suchen.

Methode

Der vorliegenden, vergleichenden Analyse von Kommunikationsstilen in Psychotherapien liegen Stundenprotokolle von drei Therapierichtungen - kognitive Verhaltenstherapie (VT), psychodynamische Therapie (PT) und psychoanalytische Therapie (PA) - zugrunde. Zur Orientierung über das Material der Untersuchung geben wir zunächst eine kurze Beschreibung der MPS:

Die MPS, von niedergelassenen psychoanalytischen Psychotherapeuten initiiert, ist eine vergleichende Prozess-Outcome Studie, durchgeführt an einer diagnostisch homogenen Gruppe von depressiven Patienten mit einem prospektiven, randomisierten Kontrollgruppendesign.

Drei experimentelle Gruppen werden verglichen: PA mit drei Wochenstunden im Liegen mit ca. 240 Sitzungen; PT mit einer Wochenstunde im Sitzen mit ca. 100 Sitzungen; VT mit einer Wochenstunde mit ca. 50 Sitzungen.

Die ICD-10 Diagnose einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode (F32.1/2) oder einer rezidivierenden depressiven Störung (F33.1/2) wird mithilfe von

ICD-10 Checklisten von zwei erfahrenen Psychotherapeuten / Psychiatern konsensuell gestellt. Die Entscheidung über die Studienteilnahme des Patienten, d.h. darüber, ob eine Randomisierung klinisch und ethisch vertretbar ist, wird von einem „Randomisierungsgremium“, bestehend aus zwei analytische Therapeuten und einem Verhaltenstherapeuten, ebenfalls konsensuell getroffen. Alle Studientherapeuten sind erfahrene, niedergelassene Therapeuten mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung. Kein Therapeut muss gegen seine Überzeugung eine Behandlung oder einen Patienten übernehmen. PA und PT wird prinzipiell von den gleichen Therapeuten angeboten, VT wird von Verhaltenstherapeuten durchgeführt. Die Daten stammen aus drei verschiedenen Quellen der Beobachtung: vom Patienten, vom Therapeuten und von Forschern („externe Untersucher“). Die Testbatterie orientiert sich an den Empfehlungen der Society for Psychotherapy Research um mit anderen Studien vergleichbar zu sein. Ein zentrales Interesse dieser Studie ist es, nicht nur Symptome und Verhalten zu messen, sondern auch individuelle Therapieziele und insbesondere auf interpersoneller und intrapsychischer Ebene. Das psychoanalytische Konstrukt der strukturelle Veränderung wird mit den Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) erfasst, die von Wallerstein und seiner Arbeitsgruppe entwickelt und von Huber et al. (Huber et al. 2006, Huber & Klug, 2006 *Forum*) ins Deutsche übertragen und psychometrisch untersucht wurden.

Messzeitpunkte sind: Behandlungsbeginn (Prä), Behandlungsende (Post) und ein, zwei und drei Jahre nach Behandlungsende. Während der Therapie erfolgt kein persönlicher Kontakt der Studienzentrale mit Patient und Therapeut; beiden werden alle sechs Monate Fragebogen zum Verlauf zugeschickt. Zur Prozessmessung nimmt der Therapeut jede Sitzung auf Audio-Kassette auf und füllt nach jeder Sitzung eine kurze Therapiebegleitkarte aus.

Für die vorliegende Untersuchung wurden pro Therapiearm 2 Behandlungen zufällig ausgewählt und pro Behandlung wurde eine Anfangs-, eine Mittel- und eine Endstunde

transkribiert und anschließend wurden die verbale Aktivität und andere Charakteristiken des Sprachstils anhand des Transkripts von einer Linguistin (A.S.) ausgezählt und mit deskriptiver Statistik (Mittelwert, Standardabweichung, Prozentangaben) ausgewertet.

Ergebnisse

Im Folgenden wird eine quantitative Auswertung hinsichtlich der Sprecherwechsel, der Anzahl gesprochener Wörter und Redeanteile sowie einiger Charakteristika des Sprachstils dargestellt.

Dyadenanzahl

Für die Anzahl der jeweiligen Dyaden - eine Dyade meint eine Sequenz von zwei aufeinanderfolgenden Äußerungen von Patient und Therapeut (d.h. sie umfasst zwei Sprecherwechsel) -, ergibt sich sowohl innerhalb der einzelnen Therapien einer Richtung als auch therapierichtungsspezifisch ein divergentes Bild:

VT: Die beiden Verhaltenstherapien zeigen in ihrer Dyadenanzahl mehr Konstanz. Die Spanne liegt hier in VT1 zwischen 90 und 116 Dyaden; in VT2 zwischen 140 und 165. Die Standardabweichungen betragen bei VT1 14 bei einem Mittelwert von 105; in VT2 14 bei durchschnittlich 156 Dyaden.

PT: Die Dyadenanzahl reicht in der PT1 von 46 Dyaden in der Sitzung 5 über 106 Dyaden in Sitzung 11 bis 151 Dyaden in der letzten untersuchten Sitzung 25. Bei einem Mittelwert von 101 liegt eine Streuung von 53 vor, d.h. die Dyadenanzahlen der drei Sitzungen sind sehr unterschiedlich. In der PT2 dagegen liegt die Dyadenanzahl zwischen 58 und 74. Die Standardabweichung bei einem Mittelwert von 66 ist 8. Die geringe Streuung verweist hier auf eine ziemlich gleich bleibende Sprecherwechselanzahl.

PA: Eine weite Spanne zeigt sich in der PA1, in der die Dyaden von 24 in Sitzung 3 bis 72 in Sitzung 135 verteilt sind (Sitzung 73 liegt mit 43 Dyaden dazwischen). Die Standardabweichung liegt hier bei einem Mittelwert von 46 bei 24. In der PA2 weist die

Standardabweichung 18 bei einem Mittelwert von 67 auf eine geringere Streuung hin. Diese Ergebnisse zeigen, dass die Dyadenzahlen in der PT und PA in den verglichenen Therapiesitzungen stärker streuen als in den Verhaltenstherapien. Insgesamt weist die PA mit einem Mittelwert von 57 Äußerungen pro Sitzung die wenigsten Äußerungspaare auf. Die PT nimmt mit durchschnittlich 84 Dyaden die Mittelposition ein, während in der VT mit 131 die meisten Dyaden gefunden werden. Es kommt also zu einer klaren Abstufung hinsichtlich Sprecherwechsel (Dyaden), von VT über PT zu PA.

Anzahl gesprochener Wörter

Als weiteres Untersuchungskriterium wurde die Anzahl der jeweils von Patient und Therapeut in der Sitzung gesprochenen Wörter ausgezählt (vgl. Tabelle 3).

VT: Die durchschnittliche Wortanzahl liegt in der VT beim Therapeuten etwas niedriger als beim Patienten. Insgesamt wird in der VT im Vergleich zu den anderen Schulen am meisten gesprochen (im Durchschnitt 5292 Wörter pro Sitzung).

PT: Insgesamt werden in einer PT durchschnittlich 4511 Wörter (bei SD = 1044) gesprochen, wobei der Patient etwas mehr, der Therapeut deutlich weniger spricht als in der VT.

PA: Die Gesamtwortanzahl ist in der PA mit 3357 am niedrigsten. Dabei variiert die Anzahl der gesprochenen Wörter der Patienten in den Sitzungen stark, was darauf hindeutet, dass der individuelle Sprechstil besonders in der Analyse hervortritt.

Redeanteile

In der VT spricht der Patient durchschnittlich 1,4mal so viel wie der Therapeut. Es liegt ein ziemlich ausgewogenes Sprechverhältnis von 57:43 vor.

In der PT spricht der Patient 4,7mal so viel wie der Therapeut, das Sprechverhältnis liegt bei 82:18.

Der extremste Unterschied in der Verteilung der Redeanteile tritt in der PA auf; Therapeut

und Patient sprechen in einem Verhältnis von 89:11, der Patient 7,9mal so viel wie der Therapeut.

Gesamtergebnis

Wie Tab. 3 verdeutlicht, wird in der PA insgesamt am wenigsten gesprochen, in der VT am meisten. Die Patienten sprechen in allen Therapien relativ gleich viel. Da die Therapeuten in den analytischen Therapien sehr viel weniger sprechen als in der VT, ist der Patientenredeanteil in der PA am höchsten, in der VT herrscht das ausgewogenste Redeverhältnis.

Die breiteste Streuung (d.h. die höchsten Standardabweichungen) liegt in der PA beim Patienten vor, was bedeutet, dass in der PA die größte Varianz bezüglich der Menge der gesprochenen Patienten-Wörter besteht.

Tab. 3: Verbale Aktivität in den 3 Therapiemethoden: kognitive Verhaltenstherapie (VT), psychodynamische Psychotherapie (PT) und analytische Psychotherapie (PA)

Therapiemethode	VT	PT	PA
Worte Ther MW (SD)	2274 (574)	795 (396)	376 (145)
Worte Pat MW (SD)	3018 (523)	3715 (672)	2981 (1061)
Sprecherwechsel	131	84	57
Redeanteil (P:T) %	43:57	82:18	89:11

Weitere Charakteristika des therapeutischen Gesprächs

Es wurde die Anzahl von Aussagen, Fragen, fragenden Aussagen, Aufforderungen

Fragen	Zuhör% Signalen der	Therapeutenbeiträge ermittelt. Das ermöglicht	zunächst
einen quantitativen Überblick über wesentliche Charakteristika des			Sprachstils (vgl.

Tabelle 4):

In der VT besteht die Kommunikation des Therapeuten im Durchschnitt zu 51% aus Aussagen. 31% der Interaktion sind Fragen, 3% fragende Aussagen, 10% Zuhörsignale wie „mhm“ oder „ja“. Außerdem kommen in der VT als einziger Therapieform Aufforderungen (6% der Interaktionen) vor.

Eine PT-Sitzung setzt sich aus 36% Aussagen, 8% Fragen, 6% fragenden Aussagen und 50% Zuhörsignalen zusammen. Hier liegt der Interaktionsschwerpunkt auf dem Zuhören.

Die Zuhörsignale sind mit 55% auch in der PA die am meisten vertretenen Äußerungen von Seiten des Therapeuten. Hier liegt der Anteil der Aussage bei 27%, die Frage kommt mit 13% häufiger vor als die fragende Aussage (5%).

Vergleichende Zusammenfassung von Tabelle 4: Die Aussage spielt in der VT die größte Rolle. In PT und PA sind Aussagen die zweithäufigste Interventionsform, liegen aber mit 36% in PT und 27% in PA deutlich hinter den 51% der VT. Die häufigste Intervention in PA und PT ist jeweils das Zuhören, in der VT macht es nur einen geringen Anteil der Kommunikation aus. Fragen werden im Vergleich am häufigsten in der VT gestellt.

Zusammengenommen mit der fragenden Aussage, die auch fragende Funktion hat und deswegen gemeinsam mit der Frage behandelt werden kann, beträgt sie in der VT 34%, in der PT weniger als die Hälfte davon, nämlich 14% und in der PA 18%.

Tab. 4: Charakteristika auf formal-linguistischer Ebene für die 3 Therapiemethoden: kognitive Verhaltenstherapie (VT), psychodynamische Psychotherapie (PT) und analytische Psychotherapie (PA)

Therapiemethode	VT	PT	PA
Aussagen %	51	36	27

Fragen %	31	8	13
Fragende Aussagen %	3	6	5
Aufforderungen %	6	0	0
Zuhörersignale %	10	50	55

Diskussion

Es gibt also deutliche Unterschiede im Sprechverhalten zwischen den drei Therapiemethoden auf Einzelfallebene. Während sich die Anzahl der gesprochenen Wörter bei den Patienten nicht wesentlich unterscheiden, gibt es bei den Therapeuten erhebliche Differenzen. Dies repräsentiert sich auch in den Sprecherwechseln und dem Verhältnis der Redeanteile: In der VT spricht der Patient durchschnittlich 1,4mal so viel wie der Therapeut. Es liegt ein ziemlich ausgewogenes Sprechverhältnis von 57:43 vor. In der PT spricht der Patient 4,7mal so viel wie der Therapeut, das Sprechverhältnis liegt bei 82:18. Der extremste Unterschied in der Verteilung der Redeanteile tritt in der PA auf. Therapeut und Patient sprechen in einem Verhältnis von 89:11; der Patient also 7,9mal so viel wie der Therapeut.

Als wichtigen Befund sehen wir theoriekonforme Unterschiede zwischen den Therapiemethoden auf formal-linguistischer Ebene. Eine klinische Bewertung dürfte die relativ zurückhaltende Technik der Psychoanalytiker in den psychoanalytischen Behandlungen zustimmend zur Kenntnis nehmen; dies war nicht überraschend – wie auch an den drei der vier Ulmer Psychoanalysen ersichtlich. Aber in den psychodynamischen, einstündigen Behandlungen könnte der Befund problematisiert

werden im dem Sinne, dass hier eventuell zuviel verbale Zurückhaltung geübt wurde, da der Befund doch von den Befunden der Giessener psychodynamischen Behandlungen deutlich abweicht. Ein Grund könnte darin liegen, dass in der Münchner Studie psychoanalytische und psychodynamische Therapien von den gleichen Therapeuten durchgeführt wurden und möglicherweise die analytische Haltung in beiden Therapiemethoden dominierte. Dies könnte der Gegenstand weiterer klinischer Untersuchungen sein, wobei zunächst nur fall-spezifisch argumentiert werden sollte. Eine größere Fallzahl würde helfen, typische von untypischen Therapiestunden zu unterscheiden. Als nächster Schritt wäre die Prozess-Outcome-Verbindung zu untersuchen um beurteilen zu können, inwieweit die verbale Aktivität des Therapeuten sich im Therapieerfolg widerspiegelt. Subtile Prozessanalysen, z.B. mit dem Psychotherapy Q-Set von Jones (2000) könnten hier weniger geglückte Verläufe von geglückten aufgrund inhaltlicher Kriterien unterscheiden helfen (Albani et al. 2008).

Literatur

- Albani C, Ablon JS, Levy RA, Mertens W, Kächele H (Hrsg) (2008) Der „Psychotherapie Prozess Q-Set“ von Enrico E. Jones. Deutsche Version und Anwendungen. Ulmer Textbank, Ulm
- Brähler E (1976) Die automatische Analyse des Sprechverhaltens in psychoanalytischen Erstinterviews mit der Giessener Sprachanalyseanlage. Promotion Dr rer biol hum an der Universität Ulm
- Freud S (1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW Bd XI
- Glover E (1955) The Technique of Psychoanalysis. Baillière Tindall & Cox, London
- Huber D, Klug G. (2006) Die psychische Struktur in den „Skalen psychischer Kompetenzen“. Forum der Psychoanalyse, 22, 394-402
- Huber D, Klug G, Wallerstein RS (2006) Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK): Ein Messinstrument für therapeutische Veränderung in der psychischen Struktur. Kohlhammer, Stuttgart
- Huber D, Henrich G, Gastner J, Klug G (2011) Must all have prices? The Munich Psychotherapy Study. In Ablon S, Levy R, Kaechele H Evidence Based

- Psychodynamic Psychotherapy II. Humana Press, New York
- Jones EE (2000) Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy. Jason Aronson, Northvale NJ
- Junker H, Overbeck G, Brähler E (1974) Vergleich und Interpretation des formalen Sprechverhaltens (On-Off-Pattern) zweier Psychotherapien. *Psychother Med Psychol* 24: 163-174
- Kächele H (1983) Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In: Minzel W-R, Herff W (Hrsg) *Methodology in Psychotherapy Research. Proceedings of the 1st European Conference on Psychotherapy Research*, Trier 1981. Lang, Frankfurt, S 125-129
- Mowrer OH (1953) Changes in verbal behavior during psychotherapy. In: Mowrer OH (Hrsg) *Psychotherapy: Theory and Research*. Ronald Press, New York, S 463-545
- Matarazzo J, Wiens A, Matarazzo R, Saslow G (1968) Speech and silence behaviors in clinical psychotherapy and its laboratory correlates. In: Shlien J, Hunt H, Matarazzo J, Savage C (Hrsg) *Research in Psychotherapy III*. American Psychological Association, Washington, D.C., S 347-394
- Rubinstein EA, Parloff MB (Hrsg) (1959) *Research in psychotherapy I*. American Psychological Association, Washington DC
- Saslow G, Matarazzo J (1959) A technique for studying changes in interview behavior. In: Rubinstein EA, Parloff MB (Hrsg) *Research in psychotherapy I*. American Psychological Association, Washington DC, S 125-159
- Shlien J, Hunt H, Matarazzo J, Savage C (Hrsg) (1968) *Research in Psychotherapy III*. American Psychological Association, Washington, D.C.
- Thomä H, Kächele H (2006) *Psychoanalytische Therapie*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Zenz H, Brähler E, Braun P (1975) Persönlichkeitsaspekte des Kommunikationserlebens im Erstinterview. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 21: 376-389
- Zipf GK (1949) *Human behavior and the principle of the least effort*. Addison-Wesley Press, Cambridge, Mass.

Prof. Dr. phil. Dr. med. Dorothea Huber, Dipl. Psych., Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Chefärztin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, städt. Klinikum München. Hochschullehrerin an der International Psychoanalytic University Berlin. Mitglied der Forschungskommission der DPG und der Forschungskonferenz der DGPT. Forschungsschwerpunkt: Psychotherapieforschung.
HYPERLINK "mailto:d.huber@lrz-tum.de" d.huber@khhm.de

Alexandra Schmuck, geb.1979, Magister Psycholinguistik Ludwig-Maximilians Universität, München, 2006. Assistentin am Fraunhofer Institut, EMI, Freiburg.
Alexandraschmuck@gmx.de

Prof. Dr. Dr. Horst Kächele, geb. 1944, Studium der Medizin, Weiterbildung zum Psychoanalytiker 1970-1975. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Forschungsfelder: psychoanalytische Prozess und
Ergebnisforschung, Psychosoziale Onkologie, Klinische Bindungsforschung
office
International Psychoanalytic University
Berlin
HYPERLINK "mailto:horst.kaechele@ipu-berlin.de" horst.kaechele@ipu-berlin.de
privat
Sonnenweg 25

89081 Ulm

HYPERLINK "mailto:horst.kaechele@uni-ulm.de" horst.kaechele@uni-ulm.de

HYPERLINK "http://www.horstkaechele.de" www.horstkaechele.de

Klinische Hinweise zu den Behandlungen finden sich im zweiten Band der Ulmer Lehrbuchs der psychoanalytischen Therapie (Thomä & Kächele 2006)

Dieser Befund gilt für die Stunden 001-500; danach normalisiert sich die Verteilung der verbalen Aktivität

PAGE

PAGE 6