

Huber D^{1,2}, Schmuck A³, Kächele H²

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. phil. Dr. med. 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>"
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 tiefenpsychologisch fundierten 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 relative Patientenredeanteil in der psychoanalytischen Therapie am höchsten. Auf formal-linguistischer Ebene finden sich folgende Charakteristika: Die Aussage ist in der Verhaltenstherapie mit 51% die häufigste Interventionsform, in der tiefenpsychologisch fundierten Therapie mit 36% und in der psychoanalytischen mit 27% jeweils die zweithäufigste. Die häufigste Intervention in der tiefenpsychologisch fundierten und psychoanalytischen Therapie ist 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 this study we compare verbal activity and other characteristics of the discourse of therapist and patient for sessions from 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%), followed by psychodynamic (36%) and psychoanalytic (27%). The 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 theories of treatment, between the three 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 sich solche Dialoge von anderen philosophischen oder literarischen Dialogformen 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 und Brierley 1939 in der Britischen Gesellschaft durchführten (Glover & Brierley 1940), 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 (Thomä u. Kächele 2006a).

Unklar bleibt, wieviel in den diversen therapeutischen Situationen von wem gesprochen wird. Untersuchungen, die über ein privates 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 „Sprechaktivität und Schweigen“ in Interviews hervor. Auf der ersten von der American Psychological 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 „hoch reliabel“ 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: „Wir begannen die Untersuchung von sieben Fällen mit dem Vorwissen, dass die von uns gewählten Variablen (Häufigkeit und Dauer von Sprechen, Schweigen und Unterbrechung) grundlegende Qualitäten für das Studium von Veränderungsprozessen in vielfältigen menschlichen Verhaltensdimensionen besaßen“ (Matarazzo et al. 1968, S. 347). Aus der lange zurückliegenden 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 von sieben Therapeuten-Patientenpaaren bei drei Therapeuten (RGM, GS, JDM) und sieben Patienten (SM, HW, BP, TM, AB, CD u. EF) 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.

Diese Darstellung weist darauf hin, dass die bloße verbale Aktivität sowohl bei Therapeuten als auch bei Patienten große Variabilität aufweist. Es gibt Therapeuten RGM dessen Aktivität eher gering ist; im Gegensatz hierzu ist Therapeut GS eher verbal recht aktiv, da dessen Patient offenkundig auch nicht grade mitteilssam zu sein scheint. Es handelt sich hier um erste Annäherungen an ein Feld, das zu Unrecht nur wenig beachtet wurde.

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 für Psychotherapieforscher in Trier 1981 berichteten sie für die verbale Aktivität in vier Psychoanalysen anhand umfänglicher Stichproben folgende Befunde (Kächele 1983):

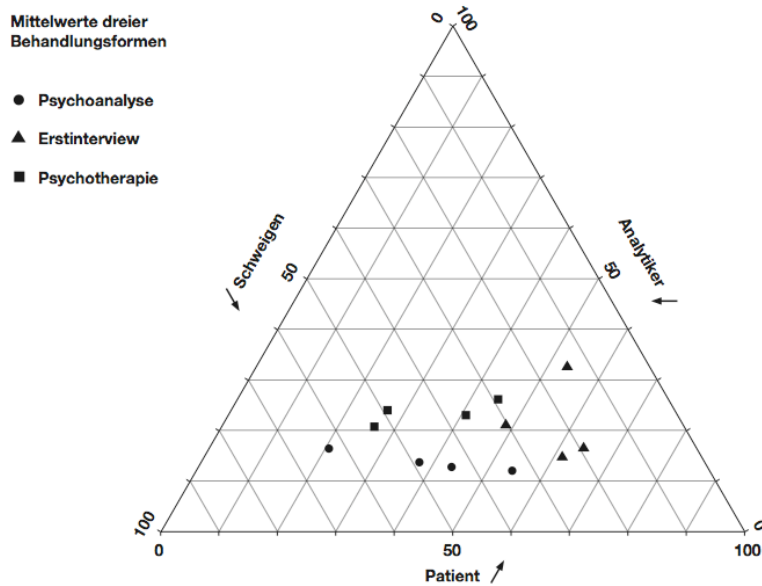
Tab. 2: Mittelwerte der Summe gesprochener Worte pro Behandlungsstunde

	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 aus den besonders schwierigen Bedingungen des Analysenverlaufs in den ersten Jahren der Behandlung zu begründen ist (s.d. Thomä & Kächele 2006b).

Die folgende Abbildung vergleicht die Mittelwerte der sprachlichen Aktivität für vier psychoanalytische Behandlungen (Ulmer Daten), vier psychodynamische Psychotherapien (Giessener Daten) und drei Werte für die Erstinterviews von drei Ulmer Therapeuten in einem drei-dimensionalen 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 den unterschiedlichen Pathologien geschuldet sein dürfte.

Abb. 1: Erläuterungen siehe Text, nach Kächele (1983). Die Abbildung verwendet einen sog. drei-dimensionalen Graphen. Patient, Analytiker und das Schweigen repräsentieren eine Blickrichtung. Außer Acht gelassen ist das, in der Regel prozentual nicht beträchtliche, Ausmaß in denen beide Dialogpartner gleichzeitig reden. Jedes Symbol repräsentiert den Mittelwert der drei Größen für eine Behandlung eines Patienten.



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. Mancher Leser mag sich fragen, warum es sinnvoll erscheint, solche recht formalen Untersuchungen zum Sprechverhalten zu replizieren? Kann man auf einen Ertrag im Zusammenhang mit der Depression hoffen, die sich ja durch gehemmten Sprechfluss auszeichnet. Vielleicht gibt es hier Frühindikatoren der Besserung? Das in der Profession geteilte Vorwissen, dass VT-ler mehr reden als PTler und noch mehr als PA-ler - lässt u.E. durchaus offen, welche Variabilität in der sprachlichen Gestaltung der therapeutischen Situation

depressionsspezifisch und welches Ausmaß die Technik der Methode einnimmt. Zeigen sich mit diesen Messungen Hinweise für Veränderungen in Therapieverlauf, die prognostisch relevant sein können? Dies sind leitende Fragestellungen, die dieser explorativen Studie zugrunde liegen.

Methode

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

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

Drei Therapieformen 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. 60 Sitzungen.

Die ICD-10 Diagnose einer mittelschweren oder schweren depressiven Episode (F 32.1/2) 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 analytischen 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 strukturellen Veränderung wird mit den Skalen Psychischer Kompetenzen (SPK) erfasst, die von Wallerstein und seiner Arbeitsgruppe entwickelt und von

Dorothea Huber 23.11.11 21:48

Kommentar: Uli, im vorausgehenden Absatz sind die Abkürzungen eingeführt, ich finde es verwirrend, das hier gleich nochmals zu tun

Huber et al. (Huber et al. 2006, Huber & Klug, 2006) 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.

Ergebnis

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 relative 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 über 106 Dyaden bis 151 Dyaden in der letzten untersuchten Sitzung. 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 drei Therapiemethoden: kognitive Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte 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 (Äußerungen, die zu einer Antwort auffordern, formal aber nicht den Kriterien einer Frage entsprechen), Aufforderungen und Zuhörsignalen 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% und die fragende Aussage mit 5% vor.

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. Zusammengekommen 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 drei Therapiemethoden: kognitive Verhaltenstherapie (VT), tiefenpsychologisch fundierte 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
Zuhörsignale %	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 für die tiefenpsychologisch fundierten, einstündigen Behandlungen könnte der Befund problematisiert werden im dem Sinne, dass hier eventuell zuviel verbale Zurückhaltung geübt wurde, da der Befund doch von den Daten der Giessener psychodynamischen Behandlungen deutlich abweicht. Ein Grund könnte darin liegen, dass in der Münchner Studie psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Therapien von den gleichen Therapeuten durchgeführt wurden und vermutlich die analytische Haltung auch die tiefenpsychologisch fundierten Behandlungen dominierte. Dies könnte der Gegenstand weiterer klinischer Untersuchungen sein, wobei hier zunächst nur fall-spezifisch argumentiert werden sollte. Bei der Würdigung der Ergebnisse muss man sich natürlich vergegenwärtigen, dass für jeden Therapiearm in der vorliegenden Studie nur zwei Fälle zugrunde lagen. Eine größere Fallzahl von Patienten und analysierten Stunden würde helfen, typische von untypischen Therapiestunden zu unterscheiden. Als nächster Schritt wäre die Prozess-Outcome-Verbindung zu untersuchen um beurteilen zu können, welche sprachlichen Aktivitäten des Therapeuten sich im Therapieerfolg niederschlagen. Subtile Prozessanalysen, z.B. mit dem Psychotherapy Q-Set (PQS) von Jones (2000) könnten hier weniger erfolgreiche Therapien von erfolgreichen aufgrund inhaltlicher Kriterien, wie Technik des Therapeuten, Reaktionen des Patienten, Interaktionen zwischen beiden, unterscheiden helfen (Albani et al. 2008). So werden derzeit Therapiestunden aus allen drei Behandlungen mit dem PQS von unabhängigen Ratern analysiert und mit dem von Ablon und Jones (2005) beschriebenen psychoanalytischen bzw. verhaltenstherapeutischen Prototyp verglichen. Zuletzt muss dann als entscheidende Frage untersucht werden: Wie wirken sich die hier dargestellten formal-linguistischen Unterschiede und die noch zu untersuchende therapeutische Technik auf den Erfolg der Behandlungen aus.

Literatur

Ablon JS, Jones EE (2005) On analytic process. Journal of the American Psychoanalytic Association 53: 541-568

- 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
- Glover E, Brierley M (1940) An Investigation of the Technique of Psycho-analysis. Baillière, Tindall & Cox, London
- 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 prizes? The Munich Psychotherapy Study. In Ablon S, Levy R, Kächele H (Hrsg): Psychodynamic Psychotherapy II. Humana Press, New York, im Druck
- 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. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie 24: 163-174
- Kächele H (1983) Verbal activity level of therapists in initial interviews and long-term psychoanalysis. In: Minsel 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
- Klug G, Huber D (2006) Die psychische Struktur in den „Skalen psychischer Kompetenzen“. Forum der Psychoanalyse, 22: 394-402
- 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 (2006a) Psychoanalytische Therapie: Band 1 Grundlagen. 3. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Thomä H, Kächele H (2006b) Psychoanalytische Therapie: Band 2 Praxis. 3. Auflage. 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: Ergebnis- und Prozess-Psychotherapieforschung.
d.huber@lrz-tum.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

¹Klinische Hinweise zu den Behandlungen finden sich im zweiten Band des Ulmer Lehrbuchs der psychoanalytischen Therapie (Thomä & Kächele 2006)

²Dieser Befund gilt für die Stunden 001-500; danach normalisiert sich die Verteilung der verbalen Aktivität

