

Geteilte und nicht-geteilte Sprache in psychoanalytischen Settings - quantitative Untersuchungen des Vokabulars

Horst Kächele, Nicola Scheytt & Michael Hölzer

Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Ulm

1. Einleitung

S. Freuds berühmte Charakterisierung - "In der analytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt." (Freud 1917) (S. 9) - dürfte zwar mehr didaktisch orientiert gewesen sein, doch gibt sie eine heute noch aktuelle Ausgangssituation wieder, die nach der systematischen Untersuchung dieser Wörter und der sie strukturierenden Regeln ruft.

Mit dem Aufkommen einer dialog-orientierten Linguistik, im deutschen Sprachraum eingeführt als Diskurs- oder Konversationsanalyse (Klann 1979)(Flader 1979; Flader 1982; Flader u. Giesecke 1980; Flader u. Grodzicki 1978; Flader u. Grodzicki 1982; Flader et al. 1982), wurde zwar das Verständnis der Herstellungsregeln der spezifischen therapeutischen Kommunikations enorm gefördert; die Untersuchung des gemeinsamen und nicht-gemeinsamen Wortschatzes jedoch nicht gefördert. .

Tatsächlich bestimmt in einer psychoanalytische Therapie vor allem die Sprache die Kommunikation zwischen Patient und Therapeut. In Liegungsanalysen (von AE Meyer so benannt) wird durch die Vermeidung des Blickkontakts (bekanntlich ist der Analytiker dem Gesichtsfeld des frei assoziierenden Patienten entzogen) und des motorischen Bewegungsspielraumes 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 u. Spence 1978) sprachliche Daten durchaus als die Primärdaten der psychoanalytischen Therapie bezeichnet werden.

Allerdings erst durch die Einführung von Tonbandaufzeichnungen wurden verbatim-verschriftete Texte einer systematisch- empirischen Therapieforschung zugänglich gemacht (Kächele et al. 1973b). Der Abteilung Psychotherapie der Universität Ulm und der dort seit den frühen achtiger Jahren installierten Ulmer Textbank, der UTB (Mergenthaler u. Kächele 1994; Mergenthaler u. Stinson 1990), kam im deutschsprachigen Raum eine

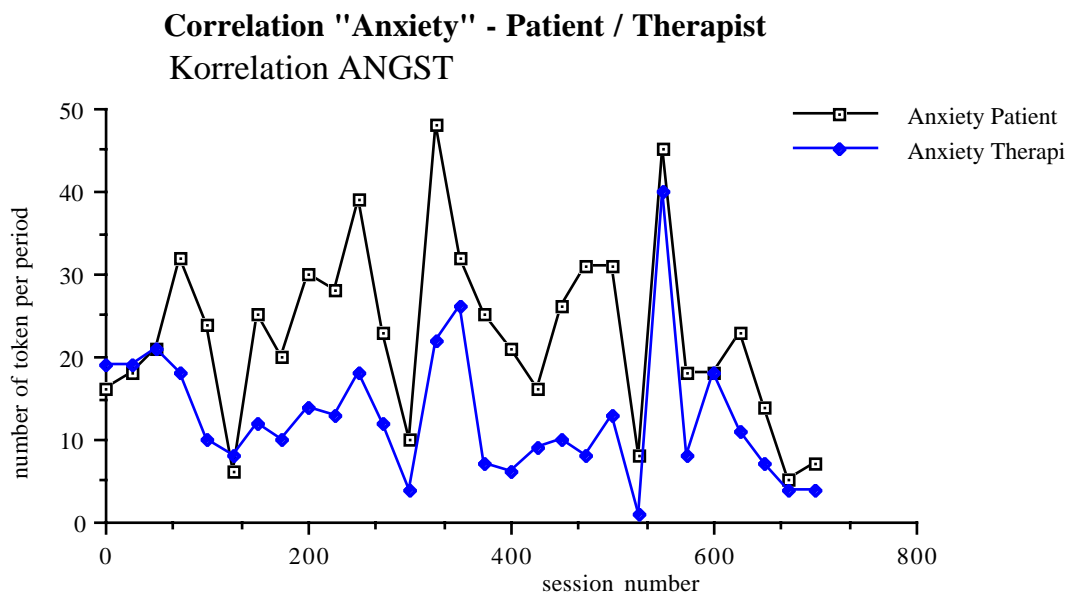
Schrittmacherfunktion zu, sowohl bezüglich der Standardisierung von Transkriptionsregeln als auch der Speicherung von Therapietexten in einer umfassenden Datenbank.

Begonnen hatte unser Interesse mit den systematischen Untersuchungen der Psychoanalyse eines Patienten, Christian Y, dessen ununterbrochenes Klagen über eine Vielzahl von Situationen des Nicht-Könnens erste Studien des Wortschatzes initiierten (Kächele et al. 1973a). Systematisch explorierten wir charakteristische (substantivische) Wortschatzmuster über Häufigkeitsauszählungen:

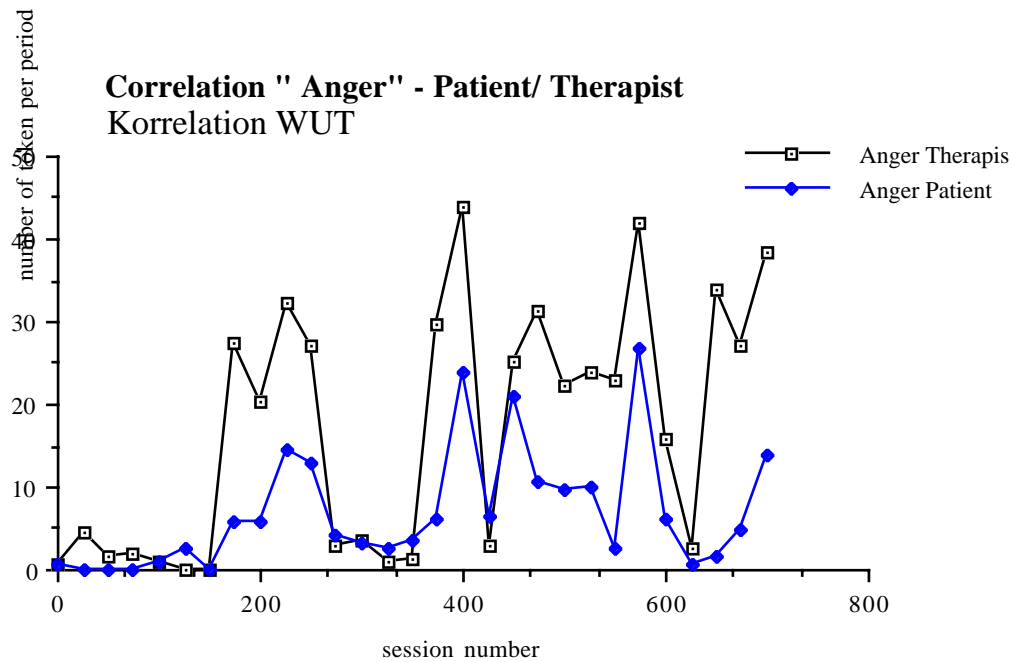
Substantiv	Patient Rang	Analytiker Rank
Angst	1,0	1,0
Mädchen	2,0	7,0
Arzt	3,5	94,0
Zeit	6,0	37,0
Gedanke	7,0	3,0
Mutter	8,0	30,0
Wort	10,5	30,0
Leute	10,5	52,5
Vergnügen	13,0	5,5
Behandlung	15,0	52,5
Vorstellung	15,0	26,5
Gefühl	18,5	9,0
Wunsch	20,5	46,0
Leben	22,0	23,0
Zorn	23,0	2,0
Beschwerde	25,0	16,5
Sinn	26,5	13,0
Situation	28,5	20,0
Ekel	33,5	94,0
Mann	40,0	46,0
Verzweiflung	46,0	78,0
Vater	52,5	33,0
Schwierigkeit	60,0	66,0
Eltern	65,0	73,0
Frau	98,0	32,0

Table 1:
25 psychologisch relevante Substantive aus der Liste der 100 häufigsten Substantive von Patient and Analytiker im Zeitraum der Stunden 1-505

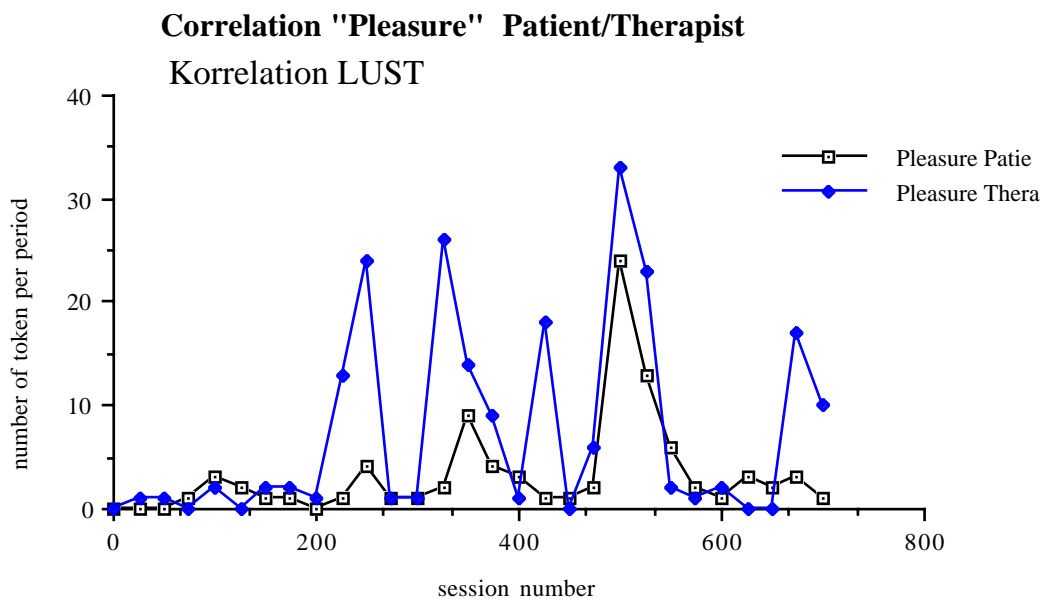
Aus dieser summarischen Statistik über das Textmaterial aus 16 x 5 Stunden, die in regelmäßigem Abstand aus der gesamten tonband-registrierten Behandlung gezogen wurden, lässt sich manches schließen. Das Wort ANGST ist das häufigste Substantiv bei beiden: also geteilte sprachliche Welt ? Mitnichten. Betrachten wir den Gebrauch des Wortes ANGST im Verlauf der siebenhundert Stunden, so zeigt sich, dass die rel. Intensität des Patienten immer weit über dem Gebrauch des Wortes ANGST durch den Analytiker liegt. Gegen Ende dieses Abschnittes der Analyse nimmt die Häufigkeit von ANGST bei beiden Dialogpartnern ab.



Im Vergleich dazu finden wir, dass der Patient das Wort WUT erst allmählich in seinen Verbalisierungen aufgreift; verschiedene Male übertrifft der Analytiker mit dieser Vokabel seinen Patienten. Wir könnten schlußfolgern, dass ihm, dem Analytiker als Lehrer dieses Konzept bedeutsam erscheint.



Greifen wir ein weiteres Wort heraus: LUST. Der Patient scheint keine LUST zu kennen; dem Analytiker erscheint es bedeutsam. Aber erst später finden wir eine gemeinsame Benutzung.



In der elften Untersuchungsperiode, in den Stunden 501-505 sehen wir eine Phase des Durcharbeiten. Die Triade von ANGST, WUT und LUST kennzeichnet die thematische Struktur; allerdings betont der Patient, dass er WUT und ANGST, aber wenig LUST am Leben habe, wohingegen der Analytiker die Verbindung von WUT und LUST priorisiert.

t ₁₁ Patient N = 269 Subst.		t ₁₁ Analytiker N = 144 Subst.	
WUT	35,3 %	LUST	32,4 %
ANGST	28,2 %	WUT	23,2 %
LUST	4,8 %	ANGST	14,0 %
<hr/>		<hr/>	
68,3%		69,6%	

Die von unserer Forschergruppe gemeinsam erstellte klinische Beschreibung dieses Abschnittes der Behandlung weist auf, dass der Patient voll von ihm unverständlichen, sinnlosen Ängsten ist.

Er findet keinen Sinn im Leben und fühlt sich unfähig, irgendwelche lustvollen Aktivitäten zu entwickeln. Die interpretativen Schritte des Analytikers zielen auf die Verbindung von lustvollen Erfahrungen und die unvermeidlichen Wut auf die Widerständigkeit der Objekte. Er deutet die Angstanfälle als eine Abwehr gegen die unbewusste Wut, da diese Wut sich mit einem lustvollen Aktivität verbinden würde. Das psychosexuelle Geschehen wird durch den in dieser Analyse bis dahin seltenen, nur äußerst heftigen analen Wortschatz - wie Mist, Scheisse etc) markiert.

2. Die Vokabularuntersuchung als eine Form der Inhaltsanalyse

Aus diesen Anfängen entwickelten wir das Verfahren der Wortschatzanalyse weiter (Hölzer et al. 1996). Wortzschatz- 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.

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.

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, im Bereich der Sprache und ihrer Bestandteile ihren Niederschlag finden sollten (Laffal 1965). In einer systematisch geplanten Untersuchung zum Zusammenhang von geteilten und nicht-geteilten Wortschatz-Welt und dem Therapie-ergebnis - der ersten übrigens im Feld der Psychotherapie und Psychoanalyse - konnten wir an einem gut dokumentierten Therapiekorpus, der uns von Prof. Luborsky (Penn Medical Scholl, Philadelphia) freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde, einige interessante Befunde herausarbeiten.

Das Textkorpus bestand aus je vier verbatim-transkribierten Sitzungsprotokollen aus der Anfangs und Endphase der 10 besten und 10 schlechtesten Therapien aus einem Stichprobe von insgesamt 73 Behandlungen ((Luborsky et al. 1988b). Diese Texte wurde in die ULMER TEXTBANK eingebracht und mit dort verfügbaren Methoden analysiert.

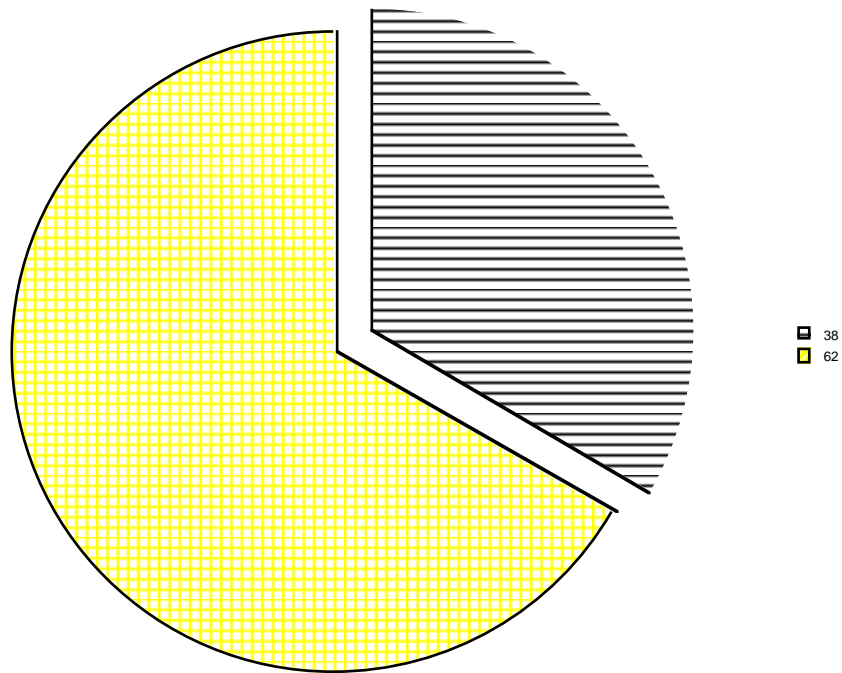
Wieviel überhaupt gesprochen wird, hat auf die beobachtbare Größe eines Wortschatzes einen erheblichen Einfluss; dies ist trivial. Hätte Shakespeare nichts geschrieben, wir wüssten nichts über seinen Wortschatz. da er sehr viel geschrieben hat, wissen wir sehr viel über das gigantische Ausmaß. Für unsere Fragestellung ist deshalb eine Unterscheidung bedeutsam, die schon früh in der Geschichte der Psychotherapieforschung bekannt war.

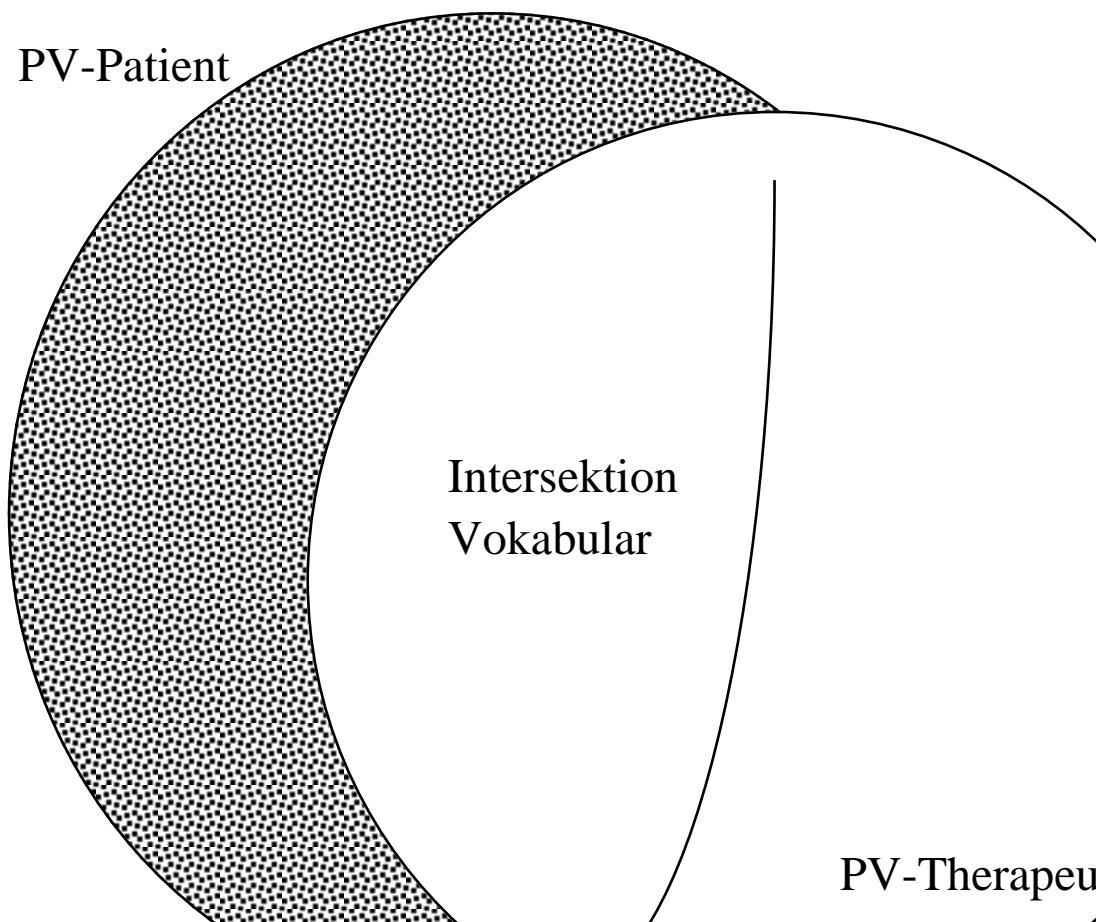
Mit dem Vokabular beschreibt man die Anzahl verschiedener Wörter (types), die von einem Sprecher benutzt werden; im Kontrast hierzu stehen die Anzahl der Wörter, die gesprochen werden (token). Das Verhältnis der beiden, die sog. TTR, wurde schon früh in die Forschung eingeführt (Jaffe 1958; Jaffe 1959; Jaffe 1964; Mowrer 1953)]. Allerdings bestehen es erhebliche Interpretationsschwierigkeiten, die sich durch die innere Abhängigkeit der beiden Maße ergeben ((Herdan 1966).

Wir haben für die Untersuchung des Vokulars eine Unterscheidung eingeführt, die sich am besten graphisch erläutern lässt (Parra et al. 1988; Parra 1985)

Das sog. Private Vokabular (PV) umfasst die Typen, die von einem der beiden Sprecher verwendet werden; das Intersektionelle Vokabular (IV) umfasst die Typen, die von beiden Sprechern gemeinsam benutzt werden.

Privates und Intersektionelles Vokabular





Unsere Ergebnisse zeigt die folgende Tabelle:

Erfolgreiche Patienten	Therapeut-PV	Patient-PV
Residual Gain	-.59*	.44
Alter Therapeut	-.36	-
Erfahrung Therapeut	-.33	-
Nicht-erfolgreiche Patienten		
Residual Gain	-	-.83*
Alter Therapeut	-.38	
Erfahrung Therapeut	-.59*	

Korrelationskoeffizienten (Pearson r) zwischen "Privaten Vokabular" und "Resudal Gain" sowie "Alter" und "Erfahrung" der Therapeuten (N = 10 in jeder Gruppe; * p < 0.10, **p< 0.01)

Was haben wir gefunden: Zunächst eine erhebliche Variabilität in beiden Untergruppen, sodass der Vergleich zwischen der Größe der Vokabularkomponenten keinen Unterschied zwischen den erfolgreichen und nicht.-erfolgreichen Behandlungen erkennen lässt. Allerdings gibt es eine bemerkenswerte Ausnahme, die unser weitere Interesse verdienen dürfte. Die explorative Untersuchung der beiden Subgruppen zeigt, dass wir mit Interaktionseffekten rechnen müssen. Bei den Gewinnern zeigt das Private Vokabulr ein milde positive Korrelation, beiden Verliorn dagegen eine erhebliche negative Korrelation.

Ebenfalls anregend sind die Hinweise, dass Alter bzw Erfahrung von Therapeuten über beide Subgruppen hinweg einen konsistenten Befund zeigen: Es liesse sich die Skekulation wagen, dass erfahrene Therapeuten sich weniger von den lexikalischen Welten ihrer Patienten entfernen. Was klinisch als 'unobtrusiveness' gekennzeichnet wird, könnte hier ein fundamentum in re haben.

Solche Studien sind inforimativ; sie zeigen die Grenzen und die Möglichkeiten auf. Vokaluäre sind keine homogene Größe; sprachnotwendige Bestandteile tragen dazu bei, dass wenig Unterschiede gefunden werden können. Deshalb haben wir in einem weiteren Schritt unser weiteres Vorgehen auf ein Sub-Vokabulur gerichtet.

3. Affektives Vokabular als Korrelate der Emotionsverarbeitung

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 u. 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 Gefühlsworte (Hölzer et al. 1997). 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 Gesamtvokabulars der an einer Therapie beteiligten Sprecher ausmacht.

3.2 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 Darstellung 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.

Theorien über Emotionen und Motivation gibt es im Bereich der wissenschaftlichen Psychologie in unübersichtlicher, kaum zu durchdringender Vielfalt. 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 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" (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 1915c) 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.

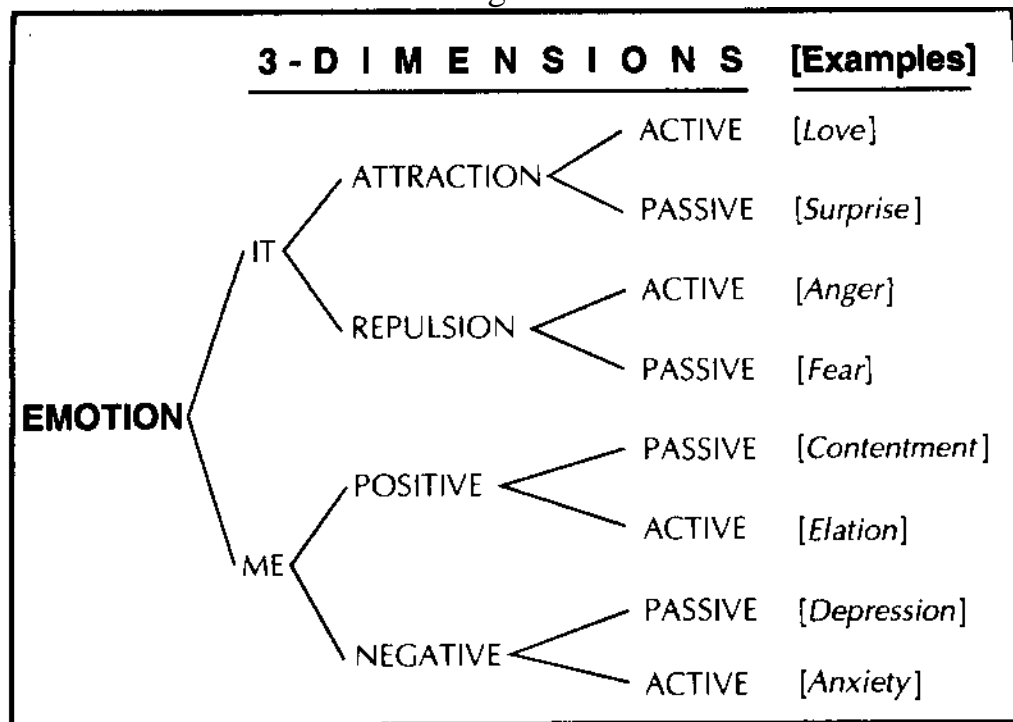


FIGURE 1

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 psycho-analytischen 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 Selbstaffekte 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.

3.3. 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 Verfahren, 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 ausgedrückt, 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 definitio-

nem 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.

3.4. 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.

3.4.1. 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.

3.4.2. 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. Diagnostisch handelte es sich um psychoneurotische und psychosomatische Erkrankungen sowie Borderline-Störungen.

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.

Darüberhinaus wurden zwei psychoanalytische Langzeitbehandlungen untersucht:

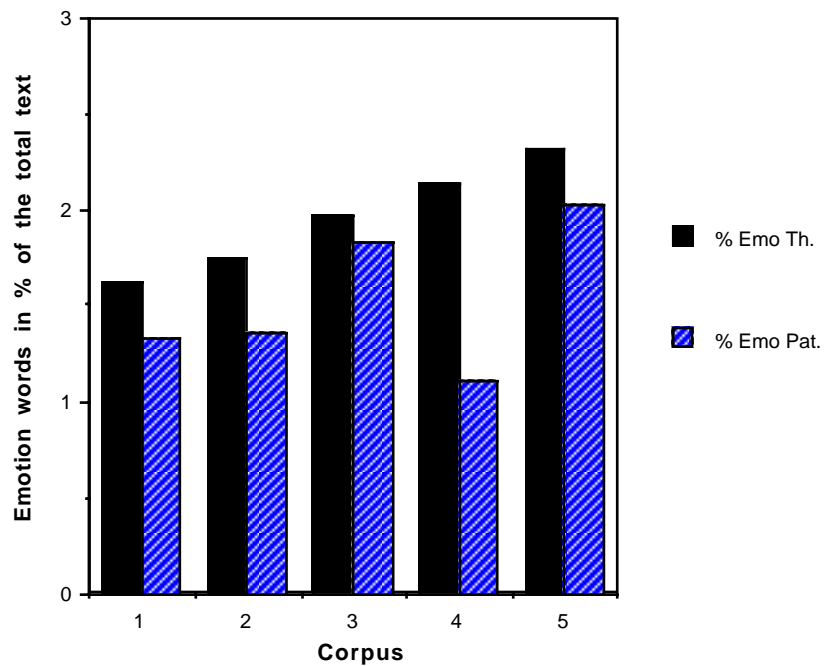
Die 26jährige "Franziska" (Zur Vergabe der Pseudonyme s.(Thomä u. Kächele 1988) kam zur Behandlung, weil sie unter heftigen Angstanfällen litt, die besonders in Situationen auftraten, bei denen sie ihr berufliches Können unter Beweis stellen sollte. Ihre Ausbildung in einem männlich geprägten Beruf hatte 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.

3.4.3. Ergebnisse

Abbildung 5

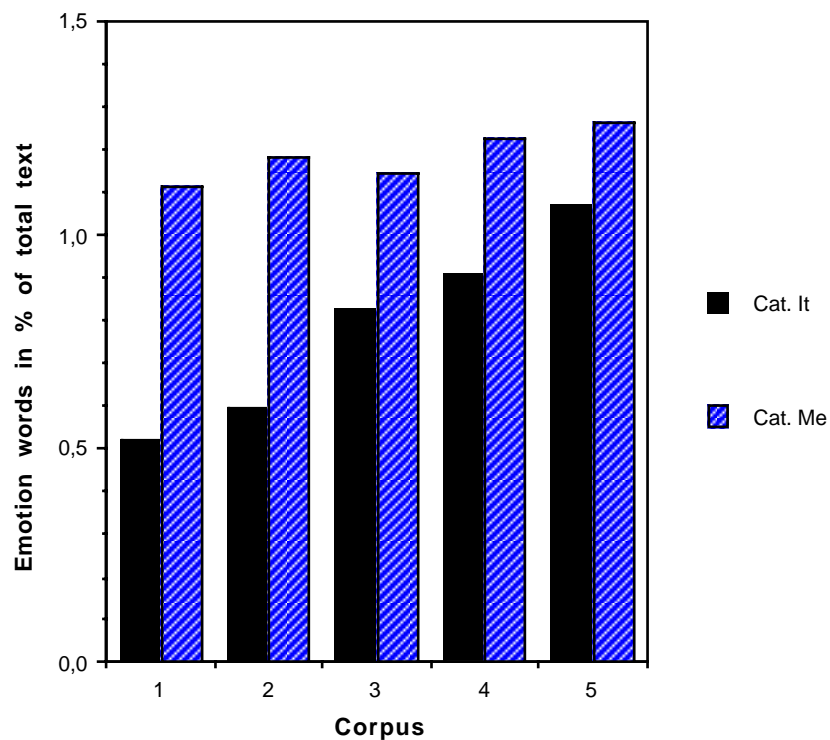


Tab. 2: "Affective Density", i.e. number of emotion words in % of token. Corpus 1: Interview (male p.); 2: Interview (fem. p.); 3: Short term therapy; 4: Psychoanalysis (male p.); 5: Psychoanalysis (fem. p.).

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 emotionalen Vokabulars des Therapeuten zwischen den einzelnen klinischen Settings. Wie vorhergesagt, steigt mit der Intensität des Settings

auch die Affektive Dichte in der Sprachverwendung 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)



Tab. 3: It- and Me-emotion words of the-
rapist utterances in % of the total text.
Corpus 1: Interview (male p.); 2: Interview
(fem. p.); 3: Short term therapy; 4: Psycho-
analysis (male p.); 5: Psychoanalysis (fem. p.).

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 folgendermassen 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 Interpretation, 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)
noch kein Bild

Gustav als Patient in Langzeitanalyse stellt in dieser Beziehung jedoch eine deutliche Ausnahme dar. Sein niedriger Durchschnittswert in Affektiver Dichte trotz des 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)
noch kein Bild

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 Kategorie kombinationen (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.

4. Emotionales Vokabular von Psychotherapeuten - Ein Korrelat von Therapieerfolg?

Zusammenfassung

Therapeutenvokabulare aus erfolgreichen und nicht erfolgreichen psychodynamischen Therapien wurden jeweils zu Beginn und am Ende der Behandlung mittels computer-unterstützter Textanalyse untersucht. Zur Analyse von Transkripten des Penn Psychotherapy Projektes wurde eine englische Version des "Affektiven Diktionärs ULM" erstellt. Zwei Hypothesen wurden partiell bestätigt: 1. Am Ende der Therapien weisen "erfolgreiche" Therapeuten eine höhere "Affektive Dichte" (Anteil der Emotionswörter in Prozent des gesamten Texts) auf als nicht erfolgreiche. 2. Erfolgreiche Therapeuten fokussieren auf eine Transformation von Klagen (negative Selbstemotionen) in Anklagen (negative Objektemotionen).

4.1 Eine Re-Analyse der PENN Psychotherapy Project Daten

Nach den oben geschilderten Vor-Untersuchungen wurde mit den ADU Instrument erneut der Zusammenhang von Therapieergebnis und Vokabular, nun jedoch beschränkt auf das Affektive Diktionär, untersucht.

Folgende Hypothesen wurde fixiert

Hypothese 1

In beiden Therapiegruppen werden Therapeuten deutlich höhere Werte in der "Affektiven Dichte", d.h. dem Anteil aller Emotionsworte am Text eines Sprechers in Prozent, aufweisen als ihre Patienten. In erfolgreichen Therapien (Gruppe E) wird dieser Unterschied möglicherweise höher ausfallen als in nicht erfolgreichen Therapien (Gruppe KE).

Der erste Teil der Hypothese leitet sich aus den bislang erhobenen Befunden ab, in denen Therapeuten ausnahmslos höhere Werte in "Affektiver Dichte" aufwiesen als ihre Patienten. Wir nehmen an, daß durch die "Affektive Dichte" die Intensität der "Emotionsverarbeitung" (Ambühl, 1991) reflektiert wird. Der zweite Teil der Hypothese ist mit "möglicherweise" eingeschränkt, da die Differenz Therapeut-Patient natürlich steht und fällt mit den "Ausgangswerten" der Patienten. Denkbar ist auch ein sehr hoher Wert von Patienten in der Gruppe E, als Indiz für deren emotionale Offenheit oder Zugänglichkeit (und damit

Behandelbarkeit). Für diesen Fall sind hohe Differenzen (T-P) nicht zu erwarten.

Hypothese 2

In der Gruppe E finden sich im Therapeutenvokabular am Ende der Therapie (T2) höhere Werte für negative Objektemotionen und niedrigere Werte für negative Selbstemotionen Vergleich zum Beginn (T1). Diese Zunahme wird bei der Gruppe KE nicht oder nicht in gleichem Ausmaß zu finden sein.

Diese Hypothese stellt eine Operationalisierung der psychodynamischen Heuristik dar, nach der die "Klagen" von Patienten (= neg. Selbstemotionen) in "Anklagen" (= negative Objektemotionen) zu verwandeln sind. Sie stützt sich auf Ergebnisse, die wir im Rahmen der oben zitierten PEP-Studie bzw. später auch in den von uns untersuchten Langzeitanalysen fanden und die auf eine systematische Transformation von Selbstemotionen in Objektemotionen im Laufe psychoanalytischer Behandlungen schließen ließ. Wir erklärten diese Ergebnisse damals mit einer auf "Beziehungskonflikte" fokussierenden Einstellung psychodynamisch arbeitender Therapeuten. Wir erwarten, daß das Fokussieren auf Beziehungskonflikte Voraussetzung ist für eine erfolgreiche Therapie.

4.2. Statistische Verfahren

Die Unterschiede zwischen den Vokabularen wurden wie folgt auf statistische Signifikanz hin überprüft: Unterschiede zwischen Sprechern aus verschiedenen Gruppen (z.B. "erfolgreiche" versus "nicht-erfolgreiche" Therapeuten) wurden mit einem T-Test für unverbundene, Unterschiede zwischen Sprechern aus einer Gruppe (z.B. "erfolgreiche" Therapeuten versus "erfolgreiche" Patienten) mit einem T-Test für verbundene Stichproben geprüft. Die Veränderung von Vokabularen (z.B. "erfolgreiche" Therapeuten zu Beginn (T1) versus erfolgreiche Therapeuten am Ende (T2) der Therapie) wurde mit One-Sample T-Tests, Wechselwirkungen zwischen Therapieerfolg und Meßzeitpunkt mit einem T-Test für unverbundene Stichproben geprüft, in den Differenzwerte (z.B. T2-T1 für "erfolgreiche" versus T2-T1 für "nicht-erfolgreiche Therapeuten) eingingen.

4.3. Ergebnisse

Die Ergebnisse bestätigen die Hypothese 1. Statistisch signifikant sind die vorhergesagten Unterschiede allerdings nur in in der Gruppe E zum Zeitpunkt T2 (siehe Tabelle 1):

"Tabelle 1 hier einfügen"

Zu Beginn der Therapie weisen Therapeuten in beiden Gruppen eine deutlich höhere Affektive Dichte auf als ihre Patienten, die Unterschiede sind allerdings zu diesem Zeitpunkt statistisch nicht signifikant. Die Therapeuten der Gruppe KE (2.79%) unterscheiden sich in Affektiver Dichte auch nicht von "erfolgreichen" Therapeuten (2.87%). Die Patienten der Gruppe KE (2.38%) liegen in diesem Kennwert sogar höher als die der Gruppe E (2.27%). Damit ist die mittlere Differenz T-P (wie hypostasiert) bei der Gruppe E am Anfang zwar numerisch etwas höher als bei der Gruppe KE (statistisch nicht signifikant). Aufgrund der Ähnlichkeit der Gruppen bezüglich der absoluten Zahlen ist dieser Unterschied jedoch bedeutungslos. Zum Zeitpunkt T2 wird die Hypothese in der Gruppe E durch signifikante Unterschiede in der vorhergesagten Richtung bestätigt: Die Therapeuten dieser Gruppe weisen am Ende der Behandlung eine signifikant höhere Affektive Dichte auf als ihre Patienten. Signifikant höhere Werte für die Therapeuten finden sich dabei sowohl bei den Selbst- als auch bei den Objektemotionen. Die Therapeuten der Gruppe KE sind zu diesem Zeitpunkt auf Werte "abgefallen", die sich von denen ihrer Patienten nicht mehr unterscheiden bzw. sogar unter das Ausgangsniveau ihrer Patienten (T1) rutschen. Daß diese "Entwicklung" auf seiten der Therapeuten der Gruppe KE signifikant ist, belegen die in Tabelle 2 dargestellten Ergebnisse. Interessant ist in diesem Zusammenhang, daß der Abfall in der Affektiven Dichte auf seiten der Therapeuten der Gruppe KE vor allem durch einen Abfall in der Verbalisierung von Objektemotionen bedingt wird!

Categories of the ADUE	Therapists	Therapists	Patients	Patients
	+ success	- success	+ success	- success
Density of Affect	.24	.20	.09	-.49
IT Emotions	.42	.23	.21	-.43
ME Emotions	-.02	.39	-.03	-.61

Positive Emotions	.15	.16	.02	-.79
Negative Emotions	.52	.61	.22	-.11
Pos. IT Emotions	.80	.01*	.45	-.68*
Pos. ME Emotions	-.77	.04	-.31	-.85
Neg. IT Emotions	.19	.22	.18	.01
Neg. Me Emotions	.72	.61	.37	-.49
Love	.57	.37	.18	-.68
Surprise	.20	.51	.41	-.57
Contentment	-.83	.07	.33	-.51
Joy	-.69	.26	-.42	-.64
Anger	.44	.28	.17	-.06
Fear	-.09	.23	.28	-.23
Depression	.77	.39	.30	-.04
Anxiety	.46	.36	.07	-.24

Table 2. Spearman rank correlation coefficients between the ADUE categories (means across T1 and T2) and "residual gain", N in each group = 10, * indicates significantly different correlations between the two outcome groups ($p < .05$; "test for comparison of correlations"; Sachs, 1984).

Der direkte statistische Vergleich der Therapeuten beider Gruppen zeigt, daß sich diese zu Beginn in keiner der Kategorien des ADU(E) unterscheiden. Dagegen findet sich ein signifikanter Unterschied am Ende der Behandlung: Die Therapeuten der Gruppe E überwiegen die Therapeuten der Gruppe KE signifikant nicht nur bezüglich der Affektiven Dichte, sondern besonders im Bereich der Objektemotionen. (1.58% : 1.11%, T-Test für unverbundene Stichproben, $T = 2.36$, $p = .03$). Dieser bei den Therapeuten festgestellte Unterschied im direkten Vergleich läßt sich interessanterweise auch im Ansatz bei den Patienten nachweisen. Patienten der Gruppe E weisen in der zusammengefaßten Kategorie der positiven Emotionen (= positiver Objektemotionen + positiver Selbstemotionen) zum Zeitpunkt T2 signifikant mehr Nennungen auf als Patienten der Gruppe KE (1.13% : 8.46%, T-Test für unverbundene Stichproben; $T = 2.32$, $p = .03$), bedingt vor allem durch häufigere Nennungen im Bereich der positiven Objektemotionen.

Wie in Hypothese 2 vermutet, finden sich auch für Therapeuten der Gruppe E zum Zeitpunkt T2 höhere Werte bei den negativen Objektemotionen und

niedrigere Werte bei den negativen Selbstemotionen verglichen mit ihren Werten zum Zeitpunkt T1. Diese Veränderungen sind allerdings statistisch nicht signifikant, wobei die gegenläufigen Werte in den Einzelkategorien, die als negative Objektemotionen zusammengefaßt sind, "erklären", warum auf dieser Ebene keine statistisch signifikante Bestätigung möglich war: Im Therapeutenvokabular der Gruppe E wird der signifikante Anstieg in der Kategorie "Zorn" begleitet von einem signifikanten Abfall in der Kategorie "Furcht", ein Unterschied, der aus therapeutischer Sicht aufschlußreich sein könnte.

Eine statistische Überprüfung der Unterschiede zwischen den Therapeuten der Gruppen E und KE in bezug auf die Kategorien "Zorn" und "Furcht" zu den beiden Meßzeitpunkten liefert Hinweise auf einen interessanten Unterschied zwischen den Therapeuten beider Gruppen:

"Abbildungen 2 und 3 hier einfügen"

Während Therapeuten der Gruppe E einen deutlichen Anstieg in der Kategorie "Zorn" und einen ebenso deutlichen Abfall in der Kategorie "Furcht" zu verzeichnen haben, präsentiert sich der "Verlauf" bei den Therapeuten der Gruppe KE genau umgekehrt: Ein Abfall in der Kategorie "Zorn" wird begleitet von einem Anstieg der Kategorie "Furcht". Die statistische Überprüfung dieser unterschiedlichen Entwicklung dieser beiden Einzelkategorien im Therapeutenvokabular, d.h. der Wechselwirkung zwischen Therapieerfolg und Meßzeitpunkt, ergibt für die Kategorie "Zorn" ein auf dem 5% Niveau, und für die Kategorie "Furcht" ein auf dem 10% Niveau signifikantes Ergebnis.

Die beiden Hypothesen wurden in bezug auf die Therapeutenvokabulare formuliert, da therapeutische Strategien und deren Niederschläge im Vokabular kalkulierbarer sind als Patientenverhalten. Unseres Erachtens war also davon auszugehen, daß sich Unterschiede zwischen beiden Gruppen zunächst im Therapeutenvokabular zeigen sollten.

Die Korrelationen für Therapieerfolg ("residual gain") mit den Werten der zusammengefaßten Kategorien des Affektiven Diktionärs sind für die Therapeutenvokabulare in Tabelle 3 bzw. für die Patientenvokabulare in der Tabelle 4 abgebildet. Die Ergebnisse für die Therapeutenvokabulare zeigen interessanterweise eine signifikant positive Korrelation von Therapieerfolg mit

der Verbalisierung von Objektemotionen in der Gruppe E. Selbstemotionen als einheitliche Kategorie korrelieren in dieser Gruppe nicht mit "residual gain", weil sich für positive und negative Selbstemotionen jeweils signifikante, jedoch gegenläufige Korrelationen finden. Nicht das Ansprechen positiver Selbstemotionen, sondern das Ansprechen negativer Selbstemotionen korreliert dabei positiv mit Therapieerfolg. Die Objektemotionen weisen bei den Therapeuten der Gruppe KE keine signifikante Korrelation mit Therapieerfolg auf. Relativer Therapieerfolg (in einer primär nicht erfolgreichen Gruppe) korreliert mit dem Ansprechen von Selbstemotionen und hier vor allem den negativen Selbstemotionen "Depression" und "Angst".

4.4. Zusammenfassung und Diskussion

Da Therapeuten aus der Gruppe der erfolgreichen Behandlungen tatsächlich der ersten Hypothese entsprechend am Ende der Therapien signifikant höhere Werte in Affektiver Dichte aufweisen als ihre Patienten (während dieser Unterschied zwischen Therapeuten und Patienten in der Gruppe der nicht erfolgreichen Therapien zu einer marginalen Differenz verblaßt), kann davon ausgegangen werden, daß Strategien der Emotionsverarbeitung in den erfolgreichen Psychotherapien intensiver umgesetzt werden. Die Ursachen des signifikanten Abfalls in Affektiver Dichte für Therapeuten wie Patienten in der Gruppe der nicht erfolgreichen Behandlungen können anhand der vorliegenden Daten nur vermutet werden: Da jedoch die Höhe des Ausgangsniveaus in Affektiver Dichte bei Therapeuten und Patienten beider Gruppen zu Beginn der Therapien praktisch identisch war, steht zu vermuten, daß nicht etwa eine a priori unterschiedliche Zusammensetzung der Gruppen, sondern vor allem prozessuale, d.h. erst im Verlauf der Therapie wirksam werdende Faktoren diese Unterschiede bedingen. Da sich zu Beginn der Therapie die Therapeuten beider Gruppen im direkten Vergleich statistisch nicht voneinander unterscheiden, am Ende die signifikant höheren Werte der "erfolgreichen" Therapeuten in Affektiver Dichte mehr auf die Verbalisierung von Objektemotionen als von Selbstemotionen zurückzuführen ist, liegt es nahe, die unterschiedliche Effektivität der Therapien mit den Objektemotionen in Verbindung zu bringen. Die in diesen Kategorien signifikant höheren Werte erfolgreicher Therapeuten sind damit vermutlich Ausdruck einer besonderen Strategie der Emotionsverarbeitung: Im Unterschied zu nicht erfolgreichen Therapeuten fokussieren in psychodynamischen Therapien erfolgreiche Therapeuten intensiver

auf Beziehungskonflikte und damit auf Emotionen, die per definitionem dem Monitoring und der Regulation von Objektbeziehungen dienen.

Auch die zweite Hypothese der Transformation von "Klagen in Anklagen", also negativer Selbstemotionen in negative Objektemotionen als Kennzeichen erfolgreicher Therapien konnte gestützt werden. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, daß eine differenziertere Hypothesenformulierung erforderlich ist.

Da "Zorn" und "Furcht" als negative Objektemotionen in den Therapeutenvokabularen beider Gruppen gegenläufige Entwicklungen aufwiesen, muß die hypostasierte Transformation negativer Selbst- in negative Objektemotionen ganz offensichtlich auf der Ebene der Einzelkategorien untersucht und beschrieben werden. Auf dieser Ebene kam es im Vokabular der "erfolgreichen" Therapeuten im Verlauf zu einem signifikanten Anstieg der Einzelkategorie "Zorn" und gleichzeitig zu einem signifikanten Abfall der Kategorie Furcht. Umgekehrte Verhältnisse fanden sich bei den "nicht erfolgreichen" Therapeuten. Die Veränderungen der Therapeutenvokabulare in diesen beiden Kategorien lassen sich damit auch durch das der Ethologie entlehnte "fight statt flight" (erfolgreiche Therapeuten) bzw. "flight statt fight" (nicht erfolgreiche Therapeuten) beschreiben. Bei der hypostasierten Transformation von Klagen in Anklagen müssen damit den "Klagen" offensichtlich auch negative Objektemotionen der Kategorie "Furcht" zugerechnet und "Anklagen" auf die Kategorie "Zorn" beschränkt werden. Diese Umgruppierung macht auch aus therapeutischer Sicht durchaus Sinn: Der Unterschied dieser beiden Kategorien negativer Objektemotionen besteht theoretisch darin, daß das Subjekt einmal die Kontrolle über die Situation auf das Selbst attribuiert - wie bei Zorn, als einem auf ein äußeres Objekt gerichteten aggressiven Wunsch. Im anderen Falle von "Furcht" attribuiert das Individuum die Kontrolle über die Situation auf das Objekt (z.B. ausgelöst durch die auf das Selbst gerichtete Aggression des Objekts). Aus therapeutischer Sicht stellen Erzählungen über (scheinbar) übermächtige Objekte und damit im Zusammenhang das abhängige, unterlegene Selbst durchaus einen nicht unbeträchtlichen Teil der Klagen von Patienten dar. Der wesentliche Unterschied zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Therapien scheint damit durch die Verläufe in den Kategorien "Zorn" und Furcht" bedingt zu sein: Während bei erfolgreichen Therapien durch Therapeuten die auf das Objekt gerichtete Aggression im Therapieverlauf vermehrt verbalisiert wird, wird in nicht-erfolg-

reichen Therapien von therapeutischer Seite zunehmend die Furcht vor einem Objekt bzw. deren Handlungskorrelate angesprochen.

Unterstützt wird die der Hypothese 2 zugrundeliegende grundsätzliche Überlegung, daß die Transformation von Selbst- in Objektemotionen eine wichtige psychodynamische Behandlungsmaxime darstellt, auch durch die signifikant positiven Korrelationen zwischen den Objektemotionen im Therapeutenvokabular und Therapieerfolg in der Gruppe der erfolgreichen Therapien. Die anderen Korrelationen in dieser Gruppe weisen darauf hin, daß erfolgreiche Therapeuten wenig Anlaß sehen, positive Selbstemotionen zu verbalisieren - wohl aber über negative, sind diese doch (theoretisch zumindest) Ausdruck mangelnder Wunscherfüllung. Über erfüllte Wünsche und daraus resultierend positive Selbstemotionen zu sprechen, bringt auch theoretisch keinen Therapiegewinn. Die positiven Korrelationen von Therapieerfolg mit Objektemotionen und negativen Selbstemotionen ist jedenfalls schlüssig, besteht psychodynamische Therapie - wie ausgeführt - doch wesentlich darin, Zustände der "Angst" und "Depression" auf unerfüllte Wünsche in zwischenmenschlichen Beziehungen zurückführen. In diesem Sinne stellt die signifikante Annahme der Kategorie "Angst" im Vokabular erfolgreicher Patienten ein schönes, komplementäres Ergebnis dar.

Im Gegensatz dazu weisen in der Gruppe der nicht erfolgreichen Behandlungen gerade die von den Therapeuten verbalisierten Objektemotionen keine Korrelation mit Therapieerfolg auf. Therapieerfolg korreliert in dieser Gruppe positiv vor allem mit negativen Selbstemotionen. Untermauert wird damit die Sichtweise, daß das Sprechen über Emotionen auf seiten der Therapeuten verschiedene, therapiefördernde Aspekte besitzt: Während es sich bei der Transformation von Klagen in Anklagen um mehr deutende Aktivitäten des Therapeuten handeln dürfte, könnte es sich beim Verbalisieren von negativen Selbstemotionen um eine Strategie handeln, die auf eine empathische Förderung von emotionaler Expressivität abhebt, ohne daß explizit auf unerfüllte Wünsche oder Beziehungsaspekte Bezug genommen wird.

Die Ergebnisse zeigen u.E., daß Therapieerfolg auf der Ebene der im therapeutischen Dialog realisierten affektiven Vokabulare durchaus ein Korrelat hat und daß das "Affektive Diktionär Ulm" sprachlich relevante Aspekte dieses Therapieerfolgs abbildet. In bezug auf das affektive Vokabular stellt der

Kennwert der "Affektiven Dichte" einen sinnvollen quantitativen Indikator für das Ausmaß der therapeutischen Heuristik "Emotionsverarbeitung" dar, und mit der Unterscheidung von Objekt- und Selbstemotionen bzw. der darin aufgehenden Einzelkategorien können unterschiedliche therapeutische Strategien dieser Emotionsverarbeitung durchaus im Ansatz nachgezeichnet werden. Emotionsverarbeitung selbst erweist sich als ein vielschichtiger prozessualer Faktor, in den interpretative wie auch supportiv-expressive Strategien eingehen und der erst im Verlauf von Therapien "greift". Differentielle Effekte von Emotionsverarbeitung können daher erst im Verlauf, d.h. nur unter Berücksichtigung späterer Phasen der Behandlung nachgewiesen werden.

Literatur

- Ambühl H (1989) Patient self-relatedness as a crucial link between therapeutic interventions and outcome. Paper presented at the 20th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR), Toronto, Canada,
- Dahl H (1978) A new psychoanalytic model of motivation. Emotion as appetites and messages. *Psychoanal Contemp Thought* 1 373-408
- Flader D (1979) Techniken der Verstehenssteuerung im psychoanalytischen Diskurs. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg) *Therapeutische Kommunikation*. Scriptor, Königstein, S 24-43
- Flader D (1982) Die psychoanalytische Therapie als Gegenstand sprachwissenschaftlicher Forschung. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrsg) *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 16-41
- Flader D, Giesecke M (1980) Erzählen im psychoanalytischen Erstinterview. In: Ehlich K (Hrsg) *Erzählen im Alltag*. Suhrkamp, Frankfurt, S 209-262
- Flader D, Grodzicki WD (1978) Hypothesen zur Wirkungsweise der psychoanalytischen Grundregeln. *Psyche* 32 545-594
- Flader D, Grodzicki WD (1982) Die psychoanalytische Deutung. Eine diskursanalytische Fallstudie. In: Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrsg) *Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision*. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 138-193

- Flader D, Grodzicki WD, Schröter K (Hrsg) (1982) Psychoanalyse als Gespräch. Interaktionsanalytische Untersuchungen über Therapie und Supervision. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- Freud (1917) Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse; GW Bd XI.
- Freud S (1915c) Triebe und Tribschicksale. 209-232, GW Bd 10
- Greenberg L, Safran J (1987) Emotion in Psychotherapy. Affect, Cognition, and the Process of Change. The Guilford Press, New York, London
- Herdan G (1966) The advanced theory of language as choice and chance. Springer, Wien
- Hölzer M, Mergenthaler E, Pokorny D, Kächele H, Luborsky L (1996) Vocabulary measures for the evaluation of therapy outcome: Re-studying the transcripts from the Penn Psychotherapy Project (PPP). Psychotherapy Research Psychotherapy Research 6 95-108
- Hölzer M, Pokorny D, Kächele H, Luborsky L (1997) The verbalization of emotions in the therapeutic dialogue - a correlate of therapy outcome? Psychotherapy Research 7 261-273
- Jaffe D (1958) Language of the dyad. A method of interaction analysis in psychiatric interviews. Psychiatry 21 249-258
- Jaffe J (1959) The study of language in psychiatry: Psycholinguistic and computation linguistics. In: Arieti S (Hrsg) American Hand book of Psychiatry. Basic Books, New York, S @
- Jaffe J (1964) Verbal behavior analysis in psychiatric interviews with the aid of digital computers. In: Rioch D, Weinstein EA (Hrsg) Disorders of communication. Baltimore, S 389-399
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973a) Angst, Wut und Lust - eine psychoanalytische Mikrowelt Abteilung Psychotherapie, Universität Ulm
- Kächele H, Schaumburg C, Thomä H (1973b) Verbatimprotokolle als Mittel in der psychotherapeutischen Verlaufsforschung. (Verbatim protocols as basis for psychotherapeutic process research). Psyche Psyche 27 902-927
- Kächele H, Thomä H, Schaumburg C (1975) Veränderungen des Sprachinhaltes in einem psychoanalytischen Prozeß. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie 116 197-228

- Klann G (1979) Die Rolle affektiver Prozesse in der Dialogstruktur. In: Flader D, Wodak-Leodolter R (Hrsg) *Therapeutische Kommunikation*. Scriptor, Königstein, S 117-155
- Laffal J (1965) *Pathological and normal language*. Atherton Press, New York
- Luborsky L, Crits-Christoph P, Mintz J, Auerbach A (1988b) Who will benefit from Psychotherapy? Basic Books, New York
- Luborsky L, Spence DP (1978) Quantitative research on psychoanalytic therapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis*, 2nd edn. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, S 331-368
- Mergenthaler E, Kächele H (1994) Die Ulmer Textbank. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Med Psychologie* PPmP 44 29-35
- Mergenthaler E, Stinson CH (1990) Transcriptions transcription standards. *Psychotherapy Research* 2 125-142
- Merten K (1983) *Inhaltsanalyse- Einführung in die Theorie*. Westdeutscher Verlag, Opladen
- Moser U (1978) Affektsignal und aggressives Verhalten. Zwei verbal formulierte Modelle der Aggression. *Psyche* 32 229-258
- Mowrer O (1953) Changes in verbal behavior during psychotherapy. In: Mowrer O (Hrsg) *Psychotherapy: Theory and Research*. Ronald Press, New York, S
- Parra dlG, Mergenthaler E, Kächele H (1988) Analisis computerizado de la conducta verbal de pacientes y terapeutas en la primera entrevista diagnostica. *Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina*. 34 309-320
- Parra G (1985) *Differentielle Textmaße*. PSZ-Verlag, Ulm
- Thomä H, Kächele H (1988) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd 2: Praxis. Springer, Berlin, Heidelberg, New York, Paris, London, Tokyo