Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Sektion Informatik in der Psychotherapie
Leiter: Prof. Dr. Erhard Mergenthaler

Therapeutische Gesprächsführung und Emotions-/ Abstraktionsmuster des Patienten

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Humanbiologie der
Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Steffen Walter
aus Zeitz (Sachsen-Anhalt)
2008

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Klaus-Micheal Debatin

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Erhard Mergenthaler

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Georg Grön

Tag der Promotion: 21.7.2008

Abkürzungsverzeichnis V
1. Einleitung 1
1.1 Einführung 1
1.2 Psychotherapie und Psychotherapieforschung 2
1.3 Emotional-kognitive Regulation und Psychotherapie 3
1.4 Diagnostische Verfahren zur Überprüfung von psychotherapeutischen Narrativen 7
1.5 Emotions-/Abstraktionsmuster und Therapeutisches Zyklusmodell 10
1.5.1 Emotionale Tönung und Abstraktion 11
1.5.2 Emotions-/Abstraktionsmuster 13
1.5.3 Therapeutisches Zyklusmodell 14
1.5.4 Empirische Studien zur Messung der Emotions-/Abstraktionsmuster 16
1.6 Kategoriensystem therapeutischer Intervention zur emotional-kognitiven Regulation 19
1.6.1 Grundbegriffe für das zu entwickelnde Kategoriensystem 21
1.6.2 Ableitung von Aufforderungskategorien aus den EA-Mustern 22
1.6.3 Theoretisches Konzept der Kodierregeln für Aufforderungskategorien 23
1.7 Ziel der Studie 28
2. Methoden 29
2.1 Stichprobe und verwendetes Textmaterial 29
2.2 Variablen 30
2.2.1 Variable 1: Kategorieneinstufung therapeutischer Intervention von Therapeutenredebeiträgen 30
2.2.2 Variable 2: Patienten-EA-Muster 39
2.3 Auswertung und statistische Methoden 41
2.4 Hypothesen 41
3. Ergebnisse 43
3.1 Makroebene (Therapiestunden) 44
3.2 Mikroebene (Wortblöcke) 55
3.4 Zusatzanalyse für Kategorien 4 und 5 für spezifisches Connecting 62
4. Diskussion 64
4.1 Erläuterung der Ergebnisse 65
4.1.1 Kategorie 1 - Aufforderung zu Fakten (H1) 67
4.1.2 Kategorie 2 - Aufforderung zur Kognition (H2) 68
4.1.3 Kategorie 3 - Aufforderung zur Emotion (H3) 69

4.1.4 Kategorie 4 - Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition (H4) 71
4.1.5 Kategorie 5 - Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion (H5) 72
4.1.6 Kategorie 4+5 (H6) 73
4.1.7 Kategorie 6 - Restkategorie 73
4.1.8 Zusatzuntersuchung 74
4.2 Methodische Einschränkung 74
4.3 Schlussfolgerung 75
4.4 Ausblick 76
5. Zusammenfassung 78
6. Literatur 80
Anhang 88
Danksagung 106
Lebenslauf 107

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
CM	Software zur Bestimmung von Emotions-/Abstraktionsmustern
EA-Muster	Emotions-/Abstraktionsmuster
H	Hypothese
M	Mittelwert
SD	Standardabweichung
T	Therapeutenredebeitrag
TCM	Therapeutisches Zyklusmodell
|	Verknüpfung (in Textbeispielen)
||	Emotional-kognitive Verknüpfung (in Textbeispielen)

1. Einleitung

1.1 Einführung

Die vorliegende Arbeit ist ein Beitrag zur Psychotherapieforschung mit der zentralen Fragestellung, wie in der verbalen Therapie psychotherapeutische Interventionen sprachlich optimiert und kontrolliert eingesetzt werden können. Mergenthaler entwickelte in der Zeit von 1987 bis 1993 innerhalb des Projektes „Conscious and Unconscious Mental Processes“ an der University of California in San Francisco die computergestützte Methode der Messsung von Emotions-/Abstraktionsmustern (EA-Muster) für Psychotherapiegespräche (Mergenthaler, 1996). Diese Methode wird verwendet, um die emotional-kognitive Regulation während eines psychotherapeutischen Prozesses zu verfolgen. Auf Grundlage dieser Methode entstand das Therapeutische Zyklusmodell (TCM) (Mergenthaler, 1996). Dabei geht Mergenthaler davon aus, dass mit dem Durchlauf einer idealtypischen Sequenz von EA-Mustern (Zyklus) der Patient zur emotionalen Einsicht (Connecting) gelangt oder anders gesagt, die Fähigkeit erwirbt, seine Gefühle mit kognitiven Prozessen zu verknüpfen.

In mehreren Studien wurde gezeigt, dass dieses Verfahren geeignet ist, die emotional-kognitive Regulation in Therapiegesprächen und anderen Dialogen und Monologen (wie z.B. eine politische Rede) zu überprüfen und Schlüsselmomente der emotionalen Einsicht zu kennzeichnen (Böhmer et al., 2003; Buchheim & Mergenthaler, 2000; Gelo, 2007; Fontao & Mergenthaler, 2005; Kraemer et al., 2007; Lepper & Mergenthaler, 2008; Mergenthaler, 1996, 1998, 2008; Pfeiffer, 2007).

Da die Methode einen streng reduktionistischen Ansatz mit wenigen Variablen aufweist, eignet sie sich unabhängig der Psychotherapieart zur Überprüfung des zeitlichen Verlaufs emotional-kognitiver Regulation. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass die Theorie des TCM aufgrund der methodischen Art der Erfassung von EA-Mustern im Gegensatz zu den meisten Psychotherapiemodellen, die rein hypothetischen Charakter besitzen, auch empirisch validiert werden kann.

In dieser Arbeit soll das Ziel verfolgt werden, Zusammenhänge zwischen therapeutischer Intervention und emotional-kognitiver Regulation des Patienten zu überprüfen. Die empirische Umsetzung dessen erfolgte, indem Strukturen im Redebeitrag des Therapeuten

nach Kategorien inhaltsanalytisch eingestuft und diese im Hinblick auf die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von spezifischen Patienten-EA-Mustern getestet wurden.

Kapitel 1.2 ist eine Einführung in die Psychotherapie und Psychotherapieforschung. In Kapitel 1.3 wird ein Überblick über die emotional-kognitive Regulation dargestellt. Kapitel 1.4 stellt eine Übersicht methodischer, sprachlicher Erfassung diagnostischer Verfahren zur Überprüfung von psychotherapeutischen Narrativen dar. In Kapitel 1.5 wird die Methode von Mergenthaler (1996) ausführlich erklärt. Kapitel 1.6 fokussiert den Hauptbestandteil der vorliegenden Arbeit, die psychotherapeutische sprachliche Intervention von emotional-kognitiver Regulation des Patienten. Dort wird diesbezüglich ein Kategoriensystem zur Einstufung von therapeutischen Redebeiträgen vorgestellt.

1.2 Psychotherapie und Psychotherapieforschung

Die Psychotherapie hat sich mit Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland etabliert, wobei zahlreiche Grundlagen aus Neurologie und Philosophie bereits im 19. Jahrhundert geschaffen wurden.

Ziel jeder Psychotherapie ist die Befreiung des Patienten vom psychischen Leidensdruck. Was als Leiden bzw. psychisch krankhaft angesehen wird, ist wesentlich von gesellschaftlichen Vorstellungen abhängig und einem ständigen Wandel unterzogen. Kriz (2001) sieht folgende Aspekte als hinreichend für eine Begriffsbestimmung von verbaler Psychotherapie: Es wird nicht mit Medikamenten bzw. invasiven Verfahren, wie z.B. Elektroschockkrampftherapie bzw. Neurochirurgie behandelt. Die Kommunikation ist das wesentliche Medium der Psychotherapie, dabei wird die emotionale Bindung zwischen Therapeut und Patient betont. Methodische Grundlage des Ablaufs der Therapie sind Theorien, Annahmen bzw. Gesetze der Psychologie. Diese sind lehr- und erlernbar und werden professionell, bewusst und geplant angewendet.

Die vier bekanntesten Richtungen der Psychotherapie sind die Psychodynamische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Psychotherapie, Familien- bzw. Systemische Therapie. Die Psychotherapieforschung hat als Schwerpunkt die Untersuchung der Wirksamkeit und Wirkweise von Psychotherapie.

Historisch wurde die Psychotherapieforschung unter anderem durch Eysenck (1952) mit der These eingeleitet, dass Psychotherapie nicht besser als Spontanremission sei. Diese Äußerung regte zu einer Vielzahl von Untersuchungen an und konnte eindeutig widerlegt werden. Ein Überblick zur Psychotherapieforschung findet sich bei Bergin & Garfield (2004). Hauptbereiche sind die Outcome- und Prozessforschung.

Bezogen auf die Anzahl an Publikationen nimmt heute die Outcomeforschung den größeren Bereich ein. Sie beschäftigt sich mit folgender Fragestellung (Grawe, 1997): 1. Ist Psychotherapie wirksam? 2. Welche Form der Psychotherapie ist besser? 3. Welche Form der Psychotherapie ist bei wem indiziert?

Die Prozessforschung hinterfragt, auf welche Weise wirkt Psychotherapie, d.h., welche Folge von Systemzuständen werden in der Psychotherapie zeitlich durchlaufen (z.B. Benjamin, 1979; Bucci, 1997; Czogalik & Hettinger, 1988; Grawe & Caspar, 1984; Hohage, 1987; Horowitz, 1987; Kupper, 1997; Mergenthaler, 1996; Schiepek, 2003; Stiles, 1978; Strong, 1986). Im Gegensatz zu den drei konservativen Dimensionen der Outcomeforschung hat der Ansatz der Prozessforschung vor allem progressives Potenzial, denn er kann als Basis für eine Weiterentwicklung von Interventionen dienen. In mehreren Untersuchungen, wie z.B. in den Arbeiten von Mergenthaler (1993, 1996, 1998) findet eine kombinierte Fragestellung des Outcomes und des Prozesses statt (Prozess-Outcome-Forschung).

1.3 Emotional-kognitive Regulation und Psychotherapie

Die Methode von Mergenthaler (1996), die in dieser Arbeit einen zentralen Stellenwert einnimmt, beschäftigt sich unmittelbar mit der emotional-kognitiven Regulation von Psychotherapie. Bedeutsam dabei ist, zu erwähnen, dass bei dieser Vorgehensweise unter Emotionen im engeren Sinne Gefühle gemeint sind, die bewusst sprachlich angesprochen werden. Diese Verfahren wurden zunächst für psychodynamische Therapien angewendet. Im Laufe weiterer Untersuchungen zeigte sich, dass diese Methode auch bei anderen Therapieformen wie der Kognitiven Verhaltenstherapie sinnvoll eingesetzt werden kann. Aufgrund der zunächst psychoanalytischen Entwicklungsumgebung sind Begriffe, wie z.B. emotionale Einsicht immer noch in Studien gegenwärtig. Es wurde darauf verzichtet, alle Begrifflichkeiten, die in der Methode von Mergenthaler psychodynamisch assoziiert sind, auszutauschen.

Im Folgenden wird eine Übersicht über weitere Ansätze gegeben, die der Thematik emotional-kognitiver Regulation und Psychotherapie Aufmerksamkeit geschenkt haben. Diese Entwicklungen erfolgten nicht sukzessive, sondern teilweise parallel und unabhängig voneinander. Ein Überblick über das Spektrum der emotional-kognitiven Regulation wird somit erschwert. Vorweggenommen werden soll, dass zwar viele Autoren die Bedeutung der emotional-kognitiven Regulation in der Vergangenheit betont haben, aber diese kaum so zentral im psychotherapeutischen Prozess methodisch fokussiert wurde, wie in den Arbeiten von Mergenthaler.

Die Habilitationsschrift von Hohage (1987) hat das Thema der emotionalen Einsicht in der Psychoanalyse zum Gegenstand. In dieser Arbeit wurde ein Literaturüberblick erstellt, unter welcher Fragestellung therapeutische Einsicht bisher empirisch untersucht wurde. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass im psychoanalytischen Spektrum keineswegs Klarheit darüber herrscht, inwiefern die Wirkung von Einsicht in der Psychoanalyse empirisch nachweisbar ist. Hohage beschreibt den Prozess der emotional-kognitiven Regulation in der Psychotherapie folgendermaßen: „*In der Einsicht wird konflikthaftes Material der kognitiven Kontrolle des Patienten zugänglich, ohne dass es dabei seinen emotionalen Gehalt einbüßt. Die Integration im Selbstbild führt dazu, dass der Zwang zur kognitiven Kontrolle bzw. die Tendenz zu emotionaler Labilisierung auch in anderen Bereichen geringer wird"* (S. 32). In jener Arbeit wird schließlich ein Manual zur Bestimmung von emotionaler Einsicht vorgeschlagen. Ein Hinweis für die Kriteriumsvalidität jenes Verfahrens ist, dass die Korrelation zwischen Rating im Sinne des Manuals zur Bestimmung emotionaler Einsicht und der Experiencing-Skala (Bommert & Dahlhoff, 1978) als auch der Bordin-Skala (Bordin, 1966) signifikant ist. Jedoch bereits Mergenthaler (1996) hat darauf hingewiesen, dass das Manual aufgrund seiner Komplexität und Begriffsbestimmung für die empirische Anwendung ungeeignet ist.

Karasu (1986) versuchte in einer theoretischen Studie mit einer universalen Fragestellung „*How works psychotherapy"* (S. 687) „change agents" (Veränderungsfaktoren) zu finden. Es wurden 3 Faktoren „bottom up" identifiziert, nach denen sich alle Psychotherapieformen (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Kognitive Verhaltenstherapie usw.) über ihre spezifischen Interventionsstrategien einteilen lassen: Affective Experiencing (affektiver Zugang), Cognitive Mastery (kognitive Beherrschung) und Behavioral Regulation (Verhaltensregulation) (vgl. Tabelle 1). Die Veränderung der

emotional-kognitiven Regulation ist somit in allen Psychotherapieformen ein wesentlicher Bestandteil, jedoch wird diese in den unterschiedlichen Techniken differenziert gewichtet.

Tabelle 1: Beziehungen zwischen spezifischen Techniken von unterschiedlichen Therapieschulen zu den Variablen Affective Experiencing (affektiver Zugang), Cognitive Mastery (kognitive Beherrschung) und Behavioral Regulation (Verhaltensregulation) nach Karasu (1986, S. 690)

Affective Experiencing		Cognitive Mastery		Behavioral Regulation	
Technique	School	Technique	School	Technique	School
Encounter Flooding	Existential analysis Implosion therapy	Interpretation Clarification	Psychoanalysis Supportive therapy	Conditioning Teaching skills	Behavior therapy Assertiveness training
Meditation	Arica	Attaching irrational ideas	Rational therapy	Saying „hmm“	Client-centered therapy
Shared dialogue	Gestalt therapy	Providing information	Sex therapy	Direct feedback	Biofeedback
Body manipulation Group regression	Rolfing Erhard Seminars Training	Thought stopping Search for meaning	Behavior therapy Logotherapy	Giving feedback Direct example	Token economy Modeling therapy
Massage	Arica	Correcting false beliefs	Cognitive therapy	Identification	Psychoanalysis
Free association	Psychoanalysis	Analysis of transference	Psychoanalysis	Reassurance	Supportive therapy
Isolation	Primal scream	Paradoxical intention	Behavior therapy	Suggestion	Hypnotherapy
Role playing	Psychodrama	Analysis of body armor	Character analysis	Punishment	Aversiveness therapy
Intravenous drugs	Narcotherapy	Confronting decisions	Direct decision therapy	Relaxation	Systematic desensitization

Greenberg hat ebenfalls in seinen zahlreichen Arbeiten einen hohen Stellenwert auf den Umgang mit Emotionen in der Psychotherapie gelegt (Greenberg et al., 1993; Greenberg & Pascual-Leone, 2001; Greenberg & Safran, 1987; Guidano, 1991; Mahoney, 1991; Neimeyer & Mahoney, 1995; Pascual-Leone, 1990, 1991; Watson & Greenberg, 1996). Für Greenberg stellt ein psychotherapeutischer Prozess immer wieder eine Integration aus fortlaufenden zirkulären Prozessen der Sinnerschließung von Empfindungen dar, die im Bewusstsein sprachlich symbolisiert und somit modifiziert werden können: „*So gesehen müssen Klienten, um sich zu ändern, in der Therapie neues adaptives Erleben wirksam werden lassen, um maladaptives Erleben zu korrigieren, und sie müssen neue sprachliche Symbolisierungen entwickeln, die Erfahrungen in die vorhandenen kognitiven Strukturen einpassen und neue Strukturen schaffen. Die therapeutische Arbeit muss demnach sowohl die emotionalen Erfahrungen als auch die sprachlichen Symbolisierungen, in die sie eingebettet sind, verändern“* (Greenberg, S. 328, 2005). Der Therapeut sollte nach Greenberg als Emotionscoach (Emotionsbetreuer) agieren (Greenberg, 2002).

Haken & Schiepek (2006) drücken sich in Bezug auf ihre systemische Betrachtungsweise von emotional-kognitiven Wechselprozessen so aus: *„Psychotherapie wäre vor dem*

Hintergrund eines synergetischen Paradigmas als prozessuales Schaffen von Bedingungen für die Möglichkeit von Ordnungs-Ordnungs-Übergängen zwischen Kognitions-Emotions-Verhaltens-Mustern eines bio-psycho-sozialen Systems in einem (als Psychotherapie definierten) professionellen Kontext zu verstehen" (S.327).

Auch Horowitz hat in seiner Theorie *„States of Mind"* (Horowitz, 1987) die affektive kognitive Verarbeitung als Grundlage für sein Modell genommen. Ein State (zeitlicher Abschnitt) kann hier als Attraktor betrachtet werden, d.h. als ein komplexer und zeitlich begrenzter Zustand. Die zugehörige Methode ist ein qualitatives Verfahren und wird als Konfigurationsanalyse bezeichnet. Diese Methode kann zu Forschungszwecken genutzt werden und gibt Hinweise darauf, welche affektiven und kognitiven Prozesse bearbeitet werden müssen, um Patienten vom psychischen Leidensdruck zu befreien.

Castonguay & Hill (2006) haben ein Übersichtswerk *„Insight in Psychotherapy"* über Einsicht und Psychotherapie erstellt, das sich allerdings nur auf angloamerikanische Studien beschränkt. An mehreren Stellen wird die Bedeutung der emotionalen Einsicht betont, die als eine Spezialform der emotional-kognitiven Regulation angesehen werden kann.

Exkurs: Emotional-kognitive Regulation und Neurobiologie

Grundsätzlich ist zu sagen, dass sich emotionale und kognitive Prozesse aus neuropsychologischer Sichtweise ständig in Wechselwirkung befinden und engstens miteinander verbunden sind (vgl. Damasio, 1998, 2001; Damasio et al. 2003; Ledoux, 2000, 2001a, 2001b; Vaitel et al., 2003).

Davidson & Irwin (1999) stellten ein Modell vor, das die Hemisphärenpräferenz der emotionalen Verarbeitung des Gehirns unterschiedlich betont. Die frontokortikale linke Hemisphäre hat eine Präferenz zum Annäherungsverhalten, was tendenziell mit positiver Emotion assoziiert ist. Die frontokortikale rechte Hemisphäre besitzt eine Präferenz zum Rückzugsverhalten, was tendenziell mit negativer Emotion gleichzusetzen ist. Insofern findet nach diesem Modell die emotional-kognitive Wechselwirkung interhemisphärisch statt.

Gray (1982) betonte die Bedeutung des Nucleus accumbens (eine Region im basalen Vorderhirn) und Hippocampus für den emotionalen Lernprozess. Er stützt sich dabei auf Studien, die gezeigt haben, dass Patienten mit Läsionen in der Region des Nucleus accumbens eine verminderte Impulskontrolle zeigten.

Die Theorie von Ledoux (2000) basiert im Wesentlichen darauf, dass Sinnesinformationen leicht von der Amygdala zum Neokortex gelangen können, aber die Verbindungen von kortikalen Bereichen zur Amygdala weit schwächer ausgeprägt sind. Dies könnte eine Erklärung sein, warum Emotionen in Form von Gefühlen leicht ins Bewusstsein eindringen, aber es andererseits problematisch ist, diese kognitiv zu steuern. Insofern wäre das Ziel einer Psychotherapie die Verstärkung des Einflusses des Neokortex auf die Amygdala.

Die vorgestellten Studien sind häufig zitierte Ansätze, wie emotional-affektive Prozesse neuropsychologisch erklärt werden können. Über Gültigkeit der vorgestellten Modelle herrscht keineswegs Einigkeit im Spektrum der Neurobiologie. Insofern ist die Forschung diesbezüglich noch lange nicht abgeschlossen.

1.4 Diagnostische Verfahren zur Überprüfung von psychotherapeutischen Narrativen

Da die sprachliche Produktion zwischen Therapeut und Patient das entscheidende Medium in der Psychotherapie darstellt, kann diese genutzt werden, um psychodiagnostische Rückschlüsse zu ziehen. So können Sprachanalysen auf die Kommunikation zwischen Personen oder auf einen Monolog angewendet werden. Es lassen sich formalanalytische und inhaltsanalytische Sprachauswertungsverfahren unterscheiden.

Formalanalytische Verfahren

Diese Verfahren achten auf strukturelle Merkmale der Sprache, ohne sich um die inhaltliche, bedeutungsmäßige Seite des Textes zu kümmern. Formalanalytische Verfahren sind z.B. 1. Aktionsquotient, 2. Perseveration, 3. Typen-Token-Ratio,
4. Abstraktheitssuffix-Verfahren, 5. Verwendungshäufigkeit von Lauten,
6. Einzelmerkmale und 7. Restringierter bzw. elaborierter Code (Mergenthaler, 1986).

Inhaltsanalytische Verfahren

Inhaltsanalytische Verfahren werden in quantitative und qualitative Ansätze unterteilt. In den meisten Studien, bei denen eine quantitative inhaltsanalytische Methode zur Anwendung gekommen ist, wird lediglich der Begriff Inhaltsanalyse verwendet.

Die Inhaltsanalyse wurde im Zeitraum von 1920-1930 in den USA entwickelt (Mayring, 2000a). Die zentrale Idee jener Methode ist, dass viele Wörter auf wenige Kategorien abgebildet werden. Das heißt, dass Wörter, Phrasen oder andere Einheiten, die zu ein und derselben Kategorie gehören, abhängig vom gewählten Paradigma die gleiche Bedeutung haben (Weber, 1990). Die methodische Grundannahme der Inhaltsanalyse ist, je häufiger ein bestimmtes Wort bzw. eine Wortgruppe auftritt, desto deutlicher ist ein Thema in einem Text ausgeprägt (Mergenthaler, 1996).

Nach dem Boom der quantitativen Methoden wurde von Kracauer (1952) und Berelson (1952) kritisiert, dass qualitative inhaltsanalytische Verfahren unterdominiert zur wissenschaftlichen Auswertung von Texten kamen. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden keine zahlenmäßigen bzw. statistischen Ergebnisse berechnet. Des Weiteren ist nicht das Ziel, allgemeine repräsentative Aussagen zu treffen, sondern die qualitative Inhaltsanalyse hat vorrangig das Anliegen, menschliches Verhalten zu verstehen und nicht zu erklären.

Beide Methoden verwenden sogennante Kategoriensysteme. Autoren, die sich ausgiebig mit Überblicksarbeiten über Kategoriensysteme beschäftigt haben, sind Bales (1950), Dollard & Mowrer (1947), Hege (1987), Krippendorff (2004), Laffal (1964), Lerner (1953), Mayring (2000a), Raimy (1948) und White (1944). Hege (1987) z.B. hat die Forderung an ein Kategoriensystem folgendermaßen zusammengefasst: objektiv, systematisch, quantifizierbar, vollständig, eindeutig, unabhängig und die Kategorien sollen durch ein einzelnes Klassifikationsprinzip gewonnen werden. Es wird empfohlen, Restkategorien zu vermeiden und die Zielrichtung der Untersuchung deutlich im gewählten Kategoriensatz zum Ausdruck zu bringen.

Die Tabelle ist urheberrechtlich geschützt. Weitere Information finden Sie unter
http://www.qualitative-research.org/fqs-texte/2-00/2-00mayring-d.htm

Abb. 1: Ablaufmodell deduktiver Kategorienanwendung (Mayring, 2000b, S. 5)

In der vorliegenden Arbeit wurde die Technik der inhaltsanalytischen *deduktiven Kategorienanwendung* (im Gegensatz zur induktiven) für die Entwicklung von Kategorien verwendet (Mayring, 2000a). Bei diesem methodischen Vorgehen werden im Vergleich zur induktiven Methode schon vorher festgelegte theoretische Konzepte aufgestellt und begründet. Das theoretische Konzept ist insofern der Kern des Kategoriensystems. Das Verfahren stellt eine Integration aus qualitativer und quantitativer Inhaltsanalyse dar (vgl. Abb. 1).

Wörterbuchentwicklungen sind besondere Typen von Kategoriensystemen, die für computerbasierte Inhaltsanalyse verwendet werden. Diese kommen für größere Datenmengen zur Anwendung. Beim Auftreten bestimmter Wörter in einem Text werden diese gezählt und als Zeichen für Motive, Emotionen, Kognitionen und Einstellungen interpretiert. Beispiele hierfür sind das HKW (Hamburger Kommunikationssoziologisches Wörterbuch) (Deichsel, 1975), Harvard Third Psychosociological Dictionary (Stone et al., 1966), Affektiver Diktionär (Gefühlswörterbuch) (Hölzer et al., 1994), Traumwörterbuch (Lisch & Kriz, 1978) und die Messung von EA-Mustern (Mergenthaler, 1996), die in dieser Arbeit eingesetzt und im nächsten Kapitel näher erklärt wird.

Inhaltsanalytische Verfahren müssen, wie auch andere wissenschaftliche Methoden, die Gütekriterien Reliabilität und Validität erfüllen. Für die Überprüfung der Reliabilität wird ein Ratertraining mit mindestens einem Rater und anschließend ein Interraterreliabilitätstest durchgeführt und üblicherweise ein Kappa nach Cohen (1960) bestimmt. Die Reliabilität kann nach Landnis & Koch (1977) als ausreichend angesehen werden, wenn ein Kappa (κ) von mindestens .21-.40 zwischen zwei Ratern erreicht wird. Die Kriterien der Validität von inhaltsanalytischen Methoden sind nach Meinung Webers (1990) relativ verwirrend, da in der Literatur keineswegs Einigkeit darüber herrscht. Die einfachste Form der Validität (Inhaltsvalidität, auch als augenscheinliche Validität bezeichnet) verlangt, dass zumindest das inhaltsanalytische Vorgehen theoretisch begründet werden kann. Ein wesentlich stärkeres Kriterium wäre die externe Validität, die dann erfüllt ist, wenn die überprüfende Methode mit einem Außenkriterium eines anderen Verfahrens übereinstimmt.

1.5 Emotions-/Abstraktionsmuster und Therapeutisches Zyklusmodell

Das wissenschaftliche Konzept der Analyse von Emotions-/Abstraktionsmustern nach Mergenthaler (1996) baut auf Erkenntnisse aus Psychotherapieforschung, Linguistischer Pragmatik und Allgemeiner Psychologie (Kognitions- und Emotionspsychologie). Die Methode der Analyse von Emotions-/Abstraktionsmustern wird von ihm als computergestützte Textanalyse bezeichnet. Sie stellt nach seiner Meinung eine Variante der (quantitativen) Inhaltsanalyse dar. Ähnlich wie in der Inhaltsanalyse werden Kategorien und Wörterbücher verwendet. Der gravierende Unterschied besteht darin, dass nicht der manifeste Inhalt eines Textes im herkömmlichen Sinn quantitativ ausgewertet wird, sondern Wörter als Marker verstanden werden, die den emotional-kognitiven Prozess einer Psychotherapie sequenziell erfassen.

Dieses fachübergreifende Konzept wird von Mergenthaler (2008) in einer kürzlich erschienenen Überblicksarbeit als *The Resonating Minds Theory* (RMT) bezeichnet. Zu einem psychotherapeutischen Prozess gehören mindestens ein Patient und ein Therapeut, diese kommunizieren und interagieren auf eine spezifische Art und Weise, die in zwei Aspekte aufgeteilt werden kann: 1. Die interpersonale Sicht ist gebunden an Konzepte, wie z.B. die Therapeutische Allianz oder die Theorie von Bucci (2001) *„Pathways of emotional communication“* (Wege emotionaler Kommunikation). Neurobiologisch kann

jene Betrachtungsweise in Zusammenhang mit den Spiegelneuronen gebracht werden (Rizzolatti et al., 2001). 2. Die intrapersonale Sicht ist gebunden z.B. an die Theorie der *„States of Mind“* von Horowitz (1987) oder sie könnte neurobiologisch mit der Interaktion von Gehirnarealen und Hemisphären in Einklang gebracht werden, z.B. in den Arbeiten von Hugdahl & Davidson (2003). In der RMT sind beide Aspekte beinhaltet und werden auf die therapeutische Intervention und Modellierung des Verhaltens des Patienten ausgeweitet. Die Schlüsselkonzepte der RMT stellen nach Mergenthaler somit **den therapeutischen Prozess und seine Veränderung**, **Gehirnasymmetrien**, **Kognitionen** und **Emotionen** und deren **therapeutische Interventionen** als Triggerung unterschiedlicher zeitlicher Gehirnaktivitäten des Patienten dar. Wie bereits zu Beginn der Entwicklung des Verfahrens der Analyse von Emotions-/Abstraktionsmustern sind **Emotionen**, **Kognitionen** und letztendlich **Verhalten** die Basisfaktoren des therapeutischen Prozesses.

1.5.1 Emotionale Tönung und Abstraktion

Die EA-Muster werden durch die Variablen Emotionale Tönung und Abstraktion definiert.

Emotional getönte Wörter

Der Zugang zu Emotionen in einem Text wurde von Mergenthaler durch die Emotionale Tönung (Anderson & McMaster, 1982, 1986, 1990) operationalisiert, das Auftreten von Gefühlswörtern, die in einem Emotionswörterbuch dargestellt werden. Dies sind Adjektive, Verben und Adverbien, die emotionale Aspekte zum Ausdruck bringen und nach der Sandhöfer-Sixel Skala (Sandhöfer-Sixel, 1988) auf mindestens einer der folgenden Skalen eingestuft werden können: 1. Empfindung: Lust - Unlust, 2. Kognitive Bewertung: Zustimmung - Ablehnung, 3. Emotionale Beziehung: Bindung - Verlassenheit, 4. Überraschung.

Ausschlusskriterien für emotionale Wörter sind Begriffe, die 1. konkrete Gegenstände (z.B. *Bombe*) bezeichnen, 2. durch Sinneswahrnehmung erfassbare Aspekte eines Gegenstandes oder einer Person beschreiben (z.B. *warm, kalt, hart*), 3. Krankheiten (z.B. *Depression, Angstzustände*) beschreiben und 4. Verkleinerungen darstellen (z.B. *Mäuschen*).

Wenn die Wahrscheinlichkeiten für verschiedene Bedeutungen eines Wortes relativ ähnlich sind (emotional getönt vs. neutral), wird es in das Wörterbuch nicht aufgenommen. Hat das Wort abhängig vom Kontext positive oder negative Emotionale Tönung, wird das Wort der Kategorie „Mehrdeutige Wörter“ zugeordnet und bekommt eine künstliche Endung angehängt (z.B. allein/xet). Dies bedeutet jedoch, dass alle mehrdeutigen Wörter in einem Narrativ nach ihrem Kontext überprüft werden müssen. Dieses Prozedere sollte nur für kleinere Texte verwendet werden (z.B. zwei Therapiestunden) und ist für größere Texte (eine gesamte Psychotherapie) nicht notwendig, da die mehrdeutigen Wörter bei diesen nur unwesentlich statistische Effekte beeinflussen.

Neutrale abstrakte Wörter

Der sprachliche Zugang zu kognitiven mentalen Ressourcen wurde von Mergenthaler sprachlich durch abstrakte Substantive operationalisiert. Diese werden in einem Abstraktionswörterbuch aufgelistet. Mergenthaler stützt sich dabei auf die Studien von Kris (1956), Piaget (1977) und Schneider (1983). Aufnahmekriterien für abstrakte Wörter sind, dass sich das Wort auf einen Begriff bezieht, der nicht durch die Sinne erfasst werden kann bzw. keine bildhafte Vorstellung auslöst.

Abstrakt emotional getönte Wörter

Abstrakt emotional getönte Wörter können auf einer der vier Skalen der Sandhöfer-Sixel Skala eingestuft werden (Böhmer, 2001). Wörter, die aus emotional getönten Adjektiven und Verben substantiviert werden, stellen ebenso emotionale Abstrakta dar (z.B. *freuen ⇒ Freude, ärgern ⇒ Ärger, hassen ⇒ Hass, zärtlich ⇒ Zärtlichkeit, falsch ⇒ Falschheit, blöd ⇒ Blödheit, dumm ⇒ Dummheit*). Typisch für diese Wörter sind Suffixe wie -heit, -keit, -ung (*z.B. Zärtlichkeit, Blödheit, Täuschung*). Zum Zeitpunkt der Durchführung der vorliegenden Arbeit wurden die abstrakt emotional getönten Wörter in das Abstraktionswörterbuch aufgenommen und vom Emotionswörterbuch getrennt gehalten. Der Grund dafür ist, dass empirisch nachgewiesen wurde (Böhmer, 2001), dass abstrakt emotional getönte Wörter signifikant häufiger im EA-Muster Connecting auftreten. Insofern können jene Wörter als emotionale Einsichtsmarker bezeichnet werden. Neuere Überlegungen der Weiterentwicklung der Analyse von EA-Mustern haben dazu geführt, abstrakt emotional getönte Wörter der Variable Abstraktion und gleichzeitig Emotionaler Tönung zuzuordnen, die Untersuchungen diesbezüglich sind noch nicht abgeschlossen.

Insofern wird dem User der Software CM (4.0, 2008) empfohlen, die herkömmliche Variante vorerst zu benutzen, obwohl bereits die zweite Variante zur Auswahl steht.

1.5.2 Emotions-/Abstraktionsmuster

Das relative Auftreten der Variablen Emotionale Tönung und Abstraktion wird in Bezug auf die Segmentierung z-transformiert. Daraus ergeben sich vier Muster bei einer Dichotomisierung an Mittelwerten:

1. Relaxing: z (Emotionswörter) ≤ 0, z (Abstraktionswörter) ≤ 0
2. Reflecting: z (Abstraktionswörter) > 0, z (Emotionswörter) ≤ 0
3. Experiencing: z (Emotionswörter) > 0, z (Abstraktionswörter) ≤ 0
4. Connecting: z (Emotionswörter) > 0, z (Abstraktionswörter) > 0

Für die Makroebene bezieht sich die Standardisierung auf Therapiesitzungen. Die Mikroebene stellt eine Aufteilung einer Therapiestunde in Wortblöcke dar (im Deutschen je 200 Wörter) (Mergenthaler, 1986). Es können die Redebeiträge für Patient und Therapeut gemeinsam in einem Segment oder für beide getrennt analysiert werden. Die Software CM (4.0, 2008) berechnet die Emotions-/Abstraktionsmuster über eine Sequenz und erstellt statistische und grafische Output-Dateien. CM ist für eine UNIX-Umgebung und für Windows verfügbar. Eine Macintosh-Version befindet sich in Vorbereitung.

Die Mindestanzahl des Patientenwortumfangs in einem Segment wurde von Mergenthaler (1986) in Anlehnung der Untersuchungen von Bennet (1977), Henken (1976) und Ruoff (1981) auf 89 festgelegt. Wenn die Grenze unterschritten wird, ist das EA-Muster des Segmentes nicht gültig und wird als „Missingdata“ (Fehlende Datenmenge) bezeichnet.

Im Folgenden wird auf die idealtypischen psychologischen Interpretationen der EA-Muster eingegangen, die im Laufe von empirischen Untersuchungen geschlussfolgert wurden. Weitere Studien müssen noch durchgeführt werden, um die Beziehung zwischen EA-Mustern und ihren psychologischen Interpretationen zu präzisieren.

Psychologische Deutung der EA-Muster:

Relaxing: Im Segment befindet sich relativ wenig abstraktes und emotionales Wortmaterial. Der Patient befindet sich im entspannten Zustand, ohne über sein Leiden zu berichten, die Thematik trägt einen neutralen Charakter.

Reflecting: Im Segment befinden sich relativ viele abstrakte und relativ wenig emotionale Wörter. Der Patient hat einen erhöhten Zugang zu mentalen kognitiven Aspekten.

Experiencing: Im Segment befinden sich relativ viele emotionale Wörter. Der Patient hat einen erhöhten Zugang zu Emotionen und äußert ihn sprachlich.

Connecting: Im Segment befinden sich relativ viele emotionale und abstrakte Wörter. Der Patient kann Emotionen sprachlich ausdrücken, und gleichzeitig ist er in der Lage, diese zu reflektieren. Diese Momente werden als emotionale und kognitive Integration oder Einsicht bezeichnet.

1.5.3 Therapeutisches Zyklusmodell

Das Zyklusmodell (vgl. Abb. 2) ist eine idealtypische (makro-/mikroanalytische) Folge von EA-Mustern, die sukzessive zur emotionalen Einsicht des Patienten führt (Mergenthaler, 2008). Die Sequenz beginnt mit dem Zustand des Relaxings, in der eine Phase der Klärung der Fakten stattfindet, ohne dass emotionale Aspekte angesprochen werden. In der nächsten Phase, dem negativen Experiencing, werden die mit dem psychischen Leiden verbundenen negativen Emotionen fokussiert und in Worte gefasst, was auch als *Deepen-and-Provide* bezeichnet wird. Anschließend steigt die positive Emotion unter Beibehaltung der negativen an, welches ein *Shift Event* (Wechselereignis) darstellt. Die positive Emotion motiviert und optimiert die Problemlösemöglichkeiten. Dieser Zustand nennt sich *Broden-and-Built* und führt zum eigentlichen Problemlöseprozess. Es folgt der Zustand des Connectings, der die emotionale Einsicht kennzeichnet, in der Emotionen und Kognitionen miteinander verknüpft sind. Danach „zerfällt“ der Zustand der Integration aus Emotion und Kognition und der Zyklus beginnt erneut. Ein Zyklus ist empirisch definiert, dass sich ein Connecting zwischen zwei EA-Mustern Relaxing befindet. Die Emotionale Tönung und Abstraktion müssen bei beiden $z > .25$ ausgeprägt sein, jedoch bei einer der beiden Variablen $z > 1.00$ sein.

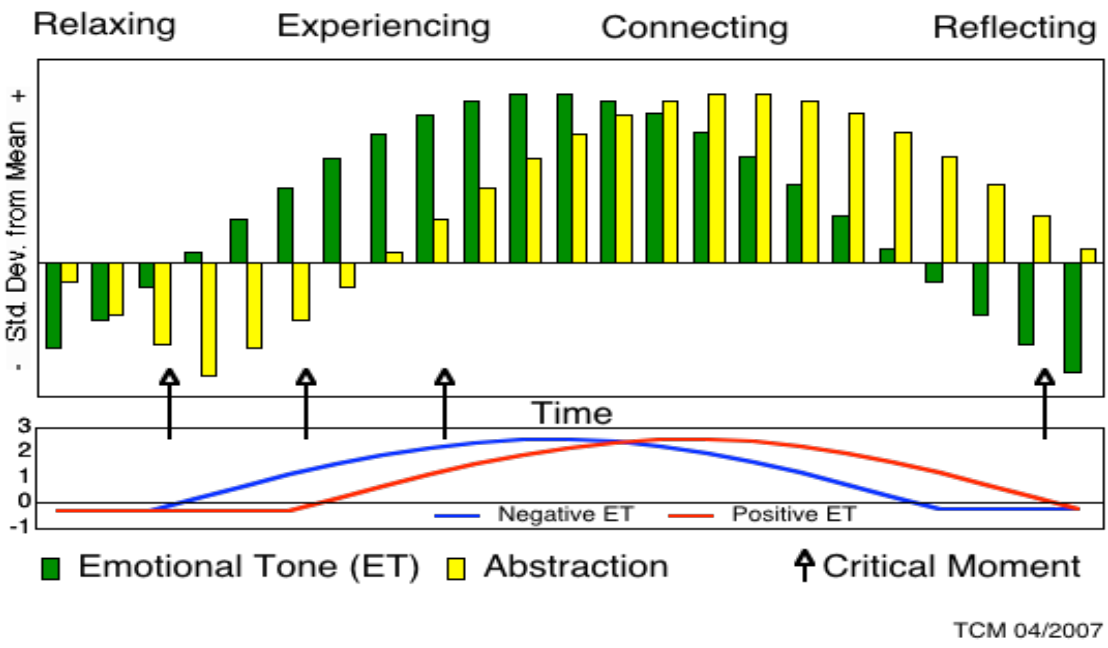

Abb. 2: Therapeutisches Zyklusmodell (Mergenthaler, 2008, S. 113)

Exkurs: Neurobiologie und Connecting

Wenn ein Zusammenhang von Connecting und Neurobiologie hergestellt wird (vgl. Kapitel 1.3), wäre zu erwarten, dass bei einem Connecting stärker Nucleus accumbens und Hippocampus aktiviert werden, die mit emotionalem Lernen assoziiert sind. Des Weiteren kann der präfrontale Kortex, der unter anderem mit den subkortikalen Schaltkreisen des limbischen Systems und der Basalganglien verbunden ist, als eine mögliche Kardinalsregion beim Auftreten von Connecting angesehen werden.

Mergenthaler (2008) hat zur Valenztheorie von Davidson & Irwin (1999) und Activation Spreading (Aktivationsausbreitung) von Collins & Loftus (1975) Bezug genommen. Die Theorie der Aktivationsausbreitung hat einen sprachpsychologischen Hintergrund und besagt, dass ein Wort eine Kette von Aktivierungen im Gehirn aufgrund der mitgespeicherten Zusammenhänge des Wortes bewirkt. Dabei geht Mergenthaler davon aus, dass wenn in einer Hemisphäre eine Aktivierung erfolgt, die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass sich diese Aktivierung im benachbarten Areal bzw. in ein und derselben Hemisphäre aufgrund des Anstiegs des zerebralen Blutflusses fortsetzt. Für die Abfolge der sequenziellen Entwicklung eines Connectings nach dem Therapeutischen Zyklusmodell wäre somit nach Mergenthaler folgendes „Neuroszenario“ vorstellbar: Ein Patient berichtet ein traumatisches Erlebnis, dadurch erfolgt eine Aktivierung in der rechten Hemisphäre. Durch das Berichten jenes Erlebnisses erfolgt gleichzeitig eine

Aktivierung im linken Sprachzentrum. Dabei kommt es zu einer Kettenreaktion von Aktivierungen in der linken Hemisphäre, so dass die positive Emotion (Shift Event) ansteigt und diese das probabilistische Denkvermögen (Aha-Effekte) triggert. Letztendlich würde dies bedeuten, dass in der Phase des Connectings beide Hemisphären miteinander und innerhalb dieser stärker zwischen den Arealen interagieren. Dabei setzt Mergenthaler den Focus auf die Frontallappen.

Nach Meinung des Autors wäre insofern eine messbare stärkere Aktivität im Corpus Callosum bei einem Connecting im Vergleich zu den übrigen EA-Mustern möglich. Der Entwurf eines „neurotherapeutischen Prozesses“ von Mergenthaler (2008) steht im Einklang mit der Betrachtungsweise des Connectionism (Konnektionismus). Ein Überblick zu konnektionistischen Modellen ist bei Posperschill (2004) zu finden.

1.5.4 Empirische Studien zur Messung der Emotions-/Abstraktionsmuster

Mergenthaler (1996) analysierte die EA-Muster bei Psychotherapiegesprächen von Patienten mit gutem (N = 10) vs. schlechtem (N = 10) Outcome. Das Outcome wurde mit der Minnesota Multiphasic Personality Inventory Scale (Luborsky, 1975) bestimmt. Es zeigte sich, dass erfolgreiche Patienten (gutes Outcome) am Ende ihrer Behandlung signifikant häufiger das EA-Muster Connecting aufwiesen. Die Patienten mit weniger gutem Outcome verwendeten häufiger die EA-Muster Reflecting und Experiencing. Insofern war das Ergebnis ein erster Hinweis darauf, dass die Methode zur Messung von EA-Mustern geeignet ist, Therapien mit gutem vs. schlechtem Outcome zu unterscheiden.

Buchheim & Mergenthaler (2000) analysierten EA-Muster in Adult Attachment Interviews (Bindungsinterviews für Erwachsene) von sicheren, vermeidenden und verwickelten Personen. Es zeigte sich, dass die Mittelwerte für Connecting bei Personen mit verwickelter Bindung am höchsten waren, bei vermeidender Bindung am niedrigsten und bei sicherer Bindung im mittleren Bereich lagen. Dies war erstmalig ein Hinweis, dass zwischen EA-Mustern und Bindungsnarrativen Zusammenhänge bestehen. Des Weiteren wurde dadurch gezeigt, dass EA-Muster geeignet sind, unabhängig von therapeutischen Texten indirekt die emotional-kognitive Regulation zu erfassen.

Von Fontao & Mergenthaler (2005) wurde überprüft, inwieweit die EA-Muster-Methode auch auf eine Gruppentherapie anwendbar ist und die Variablen dieser Methode mit

Wirkfaktoren der Gruppentherapie im Zusammenhang stehen. Die Wirkfaktoren wurden durch eine für die Studie entwickelte Themenskala und mit der Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala (Strauss et al. 1996) erfasst. Es zeigte sich eine Zunahme der abstrakten Sprache im Gesamt- und Patiententext über den Verlauf der Therapie. Des Weiteren wurden im Gesamt- und Patiententext Zusammenhänge zwischen der Variable Emotionale Tönung und dem Wirkfaktor Katharsis gefunden, sowie zwischen dem EA-Muster Connecting und der emotionalen Einsicht. Es konnte gezeigt werden, dass das TCM mit den Theorien der Gruppenentwicklung (Bion, 1971; MacKenzie, 2001; MacKenzie et al., 2002) im Einklang steht.

Walter et al. (2006) verfasste zu den 8 Bildern des Adult Attachment Projective (AAP) (Georg et al., 1999) je eine Relaxing-, Reflecting-, Experiencing- und Connecting-Geschichte, also zu jedem Bild insgesamt 4 Geschichten. Der Inhalt der Geschichten wurde für jedes Bild konstant gehalten. Es wurden Versuchspersonen aus einer gesunden und klinischen Population mit einem Fragebogen getestet, welche Geschichte ihnen am besten, gut, weniger und am wenigsten gefällt. Des Weiteren wurden die Versuchspersonen gebeten, den Relationship Scale Questionare (RSQ) von Griffin & Bartholomew (1994) zu bearbeiten. Mit dem RSQ lassen sich vier Bindungsstile bestimmen: sicher, abweisend, anklammernd und ängstlich. Es konnte gezeigt werden, dass sicher Gebundene im Vergleich zu den drei Gruppen der unsicher Gebundenen mehr Connecting-Geschichten bevorzugten. Dies war ein weiterer Hinweis, dass zwischen emotional-kognitiver Regulation und Bindungsstil ein Zusammenhang besteht.

Lepper & Mergenthaler (2008) verglichen die Themenkohärenz zwischen Phasen des Zyklus (nach TCM) vs. des Nicht-Zyklus für eine emotionszentrierte Therapie mit 15 Sitzungen. Die Themenkohärenz wurde in Themendichte bzw. Themensequenzdauer gemessen. Themendichte wurde als ein Prozentanteil aus Anzahl von Themen durch Anzahl von Wörtern im Wortblock erfasst. Themensequenzlänge ist die Anzahl der Sprecherwechsel zwischen Patient und Therapeut abhängig davon, wie lange das sprachliche Thema konstant bleibt. Es zeigte sich, dass die Themendichte und Themensequenzlänge signifikant größer in Zyklen im Vergleich zu Nicht-Zyklen sind.

Pfeiffer (2007) verglich Emotionale Tönung und Abstraktion von gesprochenen vs. geschriebenen traumatischen Berichten ein und derselben Personen. Aufgrund der Kürze

der Narrative konnten keine EA-Muster erfasst werden. Es zeigte sich jedoch signifikant, dass die Emotionale Tönung und Abstraktion in den geschriebenen Narrativen häufiger vorhanden waren. Des Weiteren wurde den Versuchspersonen nach jeder Narrativerhebung ein Kreativitätstest zur Bearbeitung vorgelegt. Es stellte sich heraus, dass nach den verfassten Narrativen die kreative Leistung signifikant höher ist. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass für die schriftliche kognitive Problembewältigung ein neurologisches Korrelat zwischen den Spracharealen der linken Hemisphäre existiert und dass somit durch das Schreiben auch Shift Events aktiviert werden (Mergenthaler, 2008). Die Schlussfolgerung jener Ergebnisse wäre, dass das Niederschreiben von traumatischen Erlebnissen als therapeutisches Verfahren genutzt werden kann, um Trauer und Trauma besser zu verarbeiten.

Von Gelo (2007) wurde ein Analysesystem zur Markierung von (unkonventionellen) Metaphern in therapeutischen Narrativen entworfen (Metaphor Analysis in Psychotherapy - MAP). Am Beispiel einer Metakognitiven Interpersonellen Therapie wurde die Häufigkeit der Metaphern für Patient, Therapeut und deren Dyade erfasst und mit den folgenden Variablen verglichen: 1. Emotionale Tönung und Abstraktion, 2. die typischen vier EA-Muster, 3. Phasen des therapeutischen zeitlichen Verlaufs und 4. Zyklus vs. Nicht-Zyklus. Es zeigte sich, dass im Patienten-EA-Muster Connecting signifikant am häufigsten Metaphern verwendet wurden. Der Therapeut benutzte signifikant mehr Metaphern im EA-Muster Reflecting. Im Zyklus vom Patienten wurden signifikant mehr Metaphern verwendet, nicht jedoch vom Therapeuten. Die Ergebnisse von Gelo geben insgesamt einen Hinweis darauf, dass zwischen Metapherhäufigkeit und emotional-kognitiver Regulation Zusammenhänge bestehen.

Kraemer et al. (2007) verglichen die EA-Muster unter Kognitiver Verhaltenstherapie bei gutem vs. negativem Outcome. Dabei wurden die ersten 20 Sitzungen analysiert. Als Therapieerfolgsmaß wurden Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962), Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen, 1982), Paranoid-Depressivitätsskala (Zerssen, 1976) und Aufmerksamkeits-Belastungstest (Brickenkamp, 1972) verwendet. Die Messungen erfolgten nach der 1., 10. und 20. Sitzung. Es zeigte sich, dass beim Patienten mit positivem Outcome das EA-Muster Connecting häufiger am Ende der Therapie auftrat. Bei vermehrtem Auftreten von Relaxing und Refecting berichteten die Therapeuten über ein angenehmes und bei Experiencing und Connecting über ein eher

unangenehmes Gefühl. Insofern konnten hier erstmalig Schlussfolgerungen bezüglich der Technik des Therapeuten und der auftretenden EA-Muster des Patienten aufgezeigt werden bzw. konnte repliziert werden, wie schon in anderen Studien, dass Connecting ein Maß für emotionale Einsicht ist.

1.6 Kategoriensystem therapeutischer Intervention zur emotional-kognitiven Regulation

Intervention (lat. intervenire) ist das Eingreifen in eine fremde Situation bzw. Konflikt in Form von Handlungen und Entscheidungen mit dem Ziel, diese zu beeinflussen und letztendlich zu lösen. Der Handlungs- und Entscheidungsprozess bezieht sich in dieser Arbeit auf die sprachliche therapeutische Intervention und die Zieldimension ist die emotional-kognitive Regulation des Patienten.

Insofern kommt der Linguistischen Pragmatik eine entscheidende Bedeutung für die Untersuchung therapeutischer Intervention zu. Die Pragmatik ist eine jüngere sprachwissenschaftliche Teildisziplin, deren theoretische Grundlagen in der Semiotik (allgemeine Lehre von Zeichen) und der sprachanalytischen Philosophie liegen. Die Pragmatik setzt sich aus unterschiedlichen Ansätzen und Methoden zusammen. Es besteht aber keine unmittelbare Klarheit, wie Pragmatik zu definieren ist. Als allgemeiner Bestandteil kann jedoch festgehalten werden, dass Sprechen generell als Form menschlichen Handelns gilt, d.h. Sprache kontextbezogen ist (Soziolinguistik). Dabei ist die Beziehung zwischen dem Zeichen und den Zeichenbenutzern Gegenstand der Untersuchungen, spezifisch die Wirkung von Zeichen in der Kommunikation, insbesondere, wie sie Verhaltensweisen auslösen und Wertungen vermitteln. Zu den bekanntesten Richtungen gehört z.B. die Sprechakttheorie von Austin (1962), die später von Grice (1979) zur allgemeinen Theorie der menschlichen Kommunikation erweitert wurde (Kommunikationstheorie) oder die Theorie der kommunikativen Kompetenz von Habermas (1980).

Austin (1962) ist einer der ersten Sprachphilosophen, der zentral in seinem Werk *„How to do things with words“* den Handlungscharakter sprachlicher Äußerung betont hat. In einem psychotherapeutischen Kontext eingebettet würde die Fragestellung Austins dann heißen „*Wie behandeln Psychotherapeuten mit Worten*“ und in der Thematik der vorliegenden Arbeit „*Wie behandeln Psychotherapeuten mit Worten, um die emotional-kognitive*

Regulation des Patienten zu beeinflussen ". Der Sprechakt wird nach Austins Theorie in Teilaspekte zerlegt: in den lokutiven Akt (der die Äußerung von Lauten und die Verwendung von Wörtern in einer bestimmten Bedeutung umfasst), den propositionalen Akt (unterteilt in Referenz: Bezugnahme auf Objekte und Sachverhalte), den illokutiven Akt (der die Intention einer Äußerung in einer bestimmten Kommunikationssituation festlegt) und den perlokutiven Akt (der die Wirkung der Äußerung auf den Hörer bestimmt).

Nach Käsermann & Altorfer (2003) sind Variationen von sprachlichen Merkmalen des Therapeuten in Abhängigkeit des sprachlichen Verhaltens des Patienten - sogenannte Ein-Weg-Ansätze - kaum untersucht. Zu Zwei-Weg-Ansätzen wurden wesentlich mehr Studien durchgeführt, z.B. ethnomethodologische (Ten Have, 1995) und konversations-, diskurs- oder frameanalytische Verfahren (Hill, 1986; Nessa & Malterud, 1990; Potter, 1998; Stiles, 1978). Kommunikative Interaktionen wurden z.B. durch die multidimensionale Interaktionsanalyse (Charon et al., 1994) und die Communication Accommodation Theory (CAT) ermittelt. Weitere Untersuchungen mit Fragestellungen zu therapeutischen Interventionen sind unter anderem von Czogalik & Hettinger (1988), Czogalik (1989), Fiore et al. (2006) und Jones (2001) aufgegriffen wurden.

Nach diesem kurzen Überblick über psychotherapeutische Intervention und Linguistische Pragmatik stellt sich nun die Frage, ob und in welcher Weise sich Erkenntnisse nutzen lassen, die über Sprache und Psychotherapie bisher vorliegen, ob sie für eine Einstufung therapeutischer Intervention im Hinblick auf die emotional-kognitive Regulation des Patienten geeignet sind. Die meisten Arbeiten der Linguistischen Pragmatik sind eher philosophisch und theoretisch orientiert als empirisch und wenn empirisch, dann eher rein qualitativ. Dem Autor ist keine Studie bekannt, die Sprechakte mit Methoden der Computerlinguistik untersucht hat, auch nicht im Zusammenhang mit Psychotherapie. Die Sprechakttheorien von Austin (1962) und Searle (1979) sind eher allgemeiner Natur. Im psychotherapeutischen Gespräch fallen dagegen Sprachhandlungen, die in einem alltäglichen Dialog selbstverständlich sind, völlig weg, z.B. illokutive Akte wie das Geben eines Versprechens oder ein Befehl. Kein Therapeut würde zu einem Patienten sagen: „*Ich befehle Ihnen, Ihre Emotionen mit Ihren Kognitionen zu integrieren"* oder „*Ich verspreche Ihnen Besserung, wenn Sie in der Lage sind, Ihre Emotionen zu regulieren"*. Selbst bei Aufforderung eines Therapeuten: „*Versuchen Sie, die Emotionen und Gedanken, die Sie haben, miteinander in Beziehungen zu setzen"* wäre wahrscheinlich die Mehrheit der

Patienten, milde gesagt, überfordert, denn gerade weil der Patient jenes nicht kann, befindet er sich in einer Therapie.

Es wird in dieser Arbeit der Standpunkt vertreten, dass eine therapeutische Intervention im Hinblick auf die emotional-kognitive Regulation am besten inhaltsanalytisch detailliert beschrieben bzw. nachvollzogen werden kann, wenn als Analyseeinheit ein therapeutischer Redebeitrag gewählt wird. Der Grund dafür liegt darin, dass ein therapeutischer Redebeitrag tendenziell eine geschlossene Einheit darstellt und in Informationseinheiten aufgeteilt werden kann. Von Bedeutung ist dabei, wie die Konfiguration dieser Einheiten strukturiert ist und somit zeitnah von einem Patienten verknüpft bzw. integriert werden kann.

Der Autor vertritt die Ansicht, dass die Beeinflussung der emotional-kognitiven Regulation des Patienten mit dem gleichen Paradigma wie das der EA-Muster erklärt werden kann. Insofern macht es Sinn, für jedes spezifische Patienten-EA-Muster mindestens eine spezifische Kategorie als ihre idealtypische Intervention abzuleiten. Diesbezüglich wird im nächsten Kapitel ein Kategoriensystem vorgestellt.

1.6.1 Grundbegriffe für das zu entwickelnde Kategoriensystem

In diesem Kapitel werden Begriffe definiert, die für das Kategoriensystem von Bedeutung sind.

1. Als Emotionen werden Gefühle verstanden, die vom Therapeuten sprachlich in Worte gefasst werden.

2. In der Psychologie bezeichnet Kognition die mentalen Prozesse eines Individuums wie Gedanken, Meinungen, Einstellungen, Wünsche, Absichten. Kognitionen können auch als Informationsverarbeitungsprozesse verstanden werden, indem Neues gelernt und Wissen verarbeitet wird.

3. Als Fakten werden hier Tatsachen bzw. Gegebenheiten bezeichnet (z.B. Lebensangaben: Wohnort, Familienstand, Geburtsdatum usw.).

Insofern werden für die Intervention des Therapeuten drei Parameter betrachtet: Emotion, Kognition und Fakten, die mit Patienten-EA-Mustern in Verbindung gebracht werden (vgl. Abb. 3).

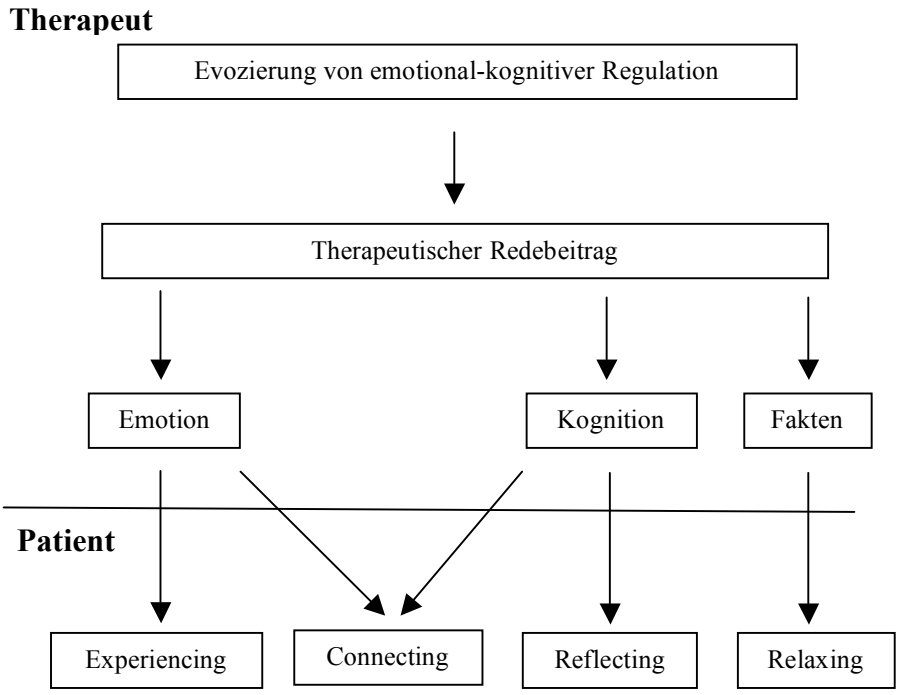

Abb. 3: Zusammenhang der Parameter Emotion, Kognition und Fakten in Bezug auf die Patienten-EA-Muster

4. Das kontrollierte Herbeiführen von emotional-kognitiver Regulation des Patienten durch den Therapeuten ist der Fokus der vorliegenden Untersuchung. Insofern stellen für diese Betrachtungsweise therapeutische Redebeiträge, die keinen theoretischen Zusammenhang mit Patienten-EA-Mustern aufweisen, keine Interventionen dar. Deshalb werden Interjektionen wie *Ja-Ja* und *Hm-Hm* nicht als Interventionen im engeren Sinne bezeichnet. Es wird im Kategoriensystem anstelle von Intervention der Begriff Aufforderungen verwendet. Die Kategorien werden somit als Aufforderungskategorien bezeichnet.

1.6.2 Ableitung von Aufforderungskategorien aus den EA-Mustern

1. Das Muster Relaxing hat die idealtypische Deutung, dass vom Patienten Fakten bereitgestellt werden. Dem entspricht die idealtypische Intervention *Aufforderung zu Fakten* (Kategorie 1).

2. Das Muster Reflecting hat die idealtypische Deutung, dass vom Patienten ein hoher Grad an kognitiven mentalen Zugängen gewährleistet wird. Dem entspricht die idealtypische Intervention *Aufforderung zur Kognition* (Kategorie 2).

3. Das Muster Experiencing hat die idealtypische Deutung, dass der Patient konfliktbeladene Themen mit einer hohen Intensität an Gefühlen sprachlich zum Ausdruck bringt. Dem entspricht die idealtypische Intervention *Aufforderung zur Emotion* (Kategorie 3).

4. und 5. Das Muster Connecting hat die idealtypische Deutung, dass der Patient die Fähigkeit besitzt, emotionalen Zugang zu konfliktbehafteten Themen zu finden und gleichzeitig zu reflektieren, was letztendlich bedeutet, emotionale Aspekte mit kognitiven zu integrieren. Bei der Intervention bieten sich nun zwei Möglichkeiten, in welcher Reihenfolge die emotionalen Inhalte mit kognitiven verbunden werden, die *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition* (Kategorie 4) bzw. *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* (Kategorie 5) heißen.

6. Redebeiträge, für die keine Ableitung aus spezifischen EA-Mustern gemacht werden kann, werden mit Kategorie 6 - *Restkategorie* - bewertet.

1.6.3 Theoretisches Konzept der Kodierregeln für Aufforderungskategorien

Nachdem die spezifischen Kategorien mit den Parametern Emotion, Kognition und Fakten beschrieben wurden, soll in diesem Abschnitt eine theoretische Konzeption für eine Operationalisierung vorgeschlagen werden, die Kodierregeln für ein Rating der vorgestellten Kategorien schafft. Der Erfassung einer Kategorie liegt ein textanalytisches Kategoriensystem mit qualitativen und quantitativen Anteilen zugrunde. Jeder Redebeitrag des Therapeuten wird in eine spezifische Kategorie und Subkategorie eingeteilt (Kategorie 1 bis Kategorie 6). Im Methodenteil werden die Kodierregeln für Interventionskategorien und ihre Subkategorien detailliert beschrieben.

1. Satzart

Um die emotional-kognitive Regulation des Patienten zu beeinflussen, stellen Therapeuten Fragen oder treffen Aussagen. Aussagen können Deutungen, Vorschläge und direkte

Anleitungen sein. In einem Übersichtsartikel wurden von Hahn & Stickel (2000) die Bedeutung von Fragetechniken und deren praktische Anwendung herausgearbeitet. Ausgehend von dieser Betrachtung hält es der Autor für möglich, dass mit Fragen die Absicht der Intervention besser kontrolliert werden kann. Des Weiteren scheint bedeutsam, ob die Frage im Konjunktiv (Möglichkeitsform) bzw. im Indikativ (Wirklichkeitsform) gestellt wird (Fragen im Konjunktiv sind z.B. *Was könnte passieren, wenn... Was wäre möglich, wenn...*; Fragen im Indikativ sind z.B. *Was ist passiert...*). Stavemann (2002) vertritt die Ansicht, dass der Konjunktiv kognitive Zugänge beim Patienten verstärkt, da es notwendig ist, Ressourcen der Informationsverarbeitung zu aktivieren, um die Frage „hinreichend" zu beantworten. Deshalb sollten Fragen, die beabsichtigen, Fakten (z.B. *Wie alt sind sie?*) bzw. Gefühle (z.B. *Wie fühlen sie sich heute?*) zu evozieren, im Indikativ gestellt werden, da vermieden werden soll, weitere Sinngehalte miteinander zu verknüpfen. Der Patient soll die Frage unreflektiert und stichhaltig beantworten. Des Weiteren hat sich Stavemann (2002) intensiv mit der Bedeutung von Sokratischen Fragen in der Psychotherapie beschäftigt. Ihm zufolge bedeutet psychotherapeutischer Sokratischer Dialog einen philosophisch orientierten, durch eine unwissende, naiv fragende, um Verständnis bemühte, zugewandte, akzeptierende Therapeutenhaltung geprägten Gesprächsstil, der chronologisch verschiedene Phasen durchläuft. Er dient einzig der Zielsetzung, dass der Patient durch die geleiteten „naiven" Fragen des Therapeuten seine alte Sichtweise reflektiert, Widersprüche und Mängel erkennt, selbstständig funktionale Einsichten und Erkenntnisse erarbeitet und seine alte, dysfunktionale Ansicht zugunsten der selbst- und eigenverantwortlich erstellten aufgibt.

2. Struktur

Als bedeutsam wird in dieser Arbeit erachtet, in welcher Struktur und auch Reihenfolge ein therapeutischer Redebeitrag aufgebaut ist und in diesem die Parameter Emotion und Kognition verknüpft werden.

Dabei bezieht sich der Autor unter anderem auf das Modell des Problemlöseprozesses (The Problem Solving Process) von Ernst & Newell (1969). Dies besagt vereinfacht, dass ein Input vorhanden ist, der ein Problem darstellt. Eingebettet zwischen dem Input werden internal Informationseinheiten im Problemlöseraum verknüpft (mentale Operatoren) und dies führt letztendlich zu einer Problemlösung. Diese Theorie ist komplex, konnte nicht vollständig bestätigt werden und dient in dieser Arbeit lediglich als Grundlage dafür, dass

die Möglichkeit der **Verknüpfung** von Informationseinheiten im sprachlich-therapeutischen Problemlöseprozess von Bedeutung sein könnte. Insofern soll überprüft werden, in welcher Weise die Art der Verknüpfung von emotionalen und kognitiven Anteilen eines therapeutischen Redebeitrags die sprachliche Reaktion des Patienten beeinflusst.

Des Weiteren soll auf den Primär- und Rezenzeffekt (Ebbinghaus, 1992) in Bezug auf therapeutische Redebeiträge näher eingegangen werden. Der Primär- und Rezenzeffekt ist eines der ältesten und vergleichsweise gut bestätigten Gesetze der Allgemeinen Psychologie. Er besagt, dass Personen, die längere Ketten von Informationen verarbeiten, sich an die erste bzw. die letzte Einheit am besten wieder erinnern. Die Information zwischen dem Anfang und Ende einer Informationskette wird schlechter wieder erkannt. Insofern könnte der Beginn bzw. das Ende eines therapeutischen Redebeitrags Einfluss auf die sprachliche Reaktion des Patienten haben (dies ist für die Kategorien 4 und 5 relevant), da **Beginn und Ende eines therapeutischen Redebeitrags** im Kurzzeitgedächtnis des Patienten am stärksten präsent bleiben. Studien hierzu sind dem Autor nicht bekannt. Allerdings werden Rezenzeffekte unter anderem als Werbestrategie verwendet, indem die Pointe eines Werbespruchs die letzte Informationseinheit darstellt und somit beabsichtigt wird, eine stärkere Wirkung auf das Konsumverhalten beim Verbraucher zu hinterlassen.

Im Folgenden werden idealtypische Wirkungsketten definiert, wie spezifische Interventionen der vorgestellten Kategorien (1 bis 5) kausal spezifische Patienten-EA-Muster triggern (vgl. Abb. 4 bis 8).

1. Aufforderung zu Fakten

Es wird nach der Wirklichkeit gefragt, wie z.B. Adresse, Familienstand, Symptombeschreibungen usw. Das Nicht-Ansprechen von emotional-kognitiven Parametern des Therapeuten verhindert dessen Zugang im Patienten und es findet deshalb **keine Verknüpfung** zwischen diesen statt (vgl. Abb. 4).

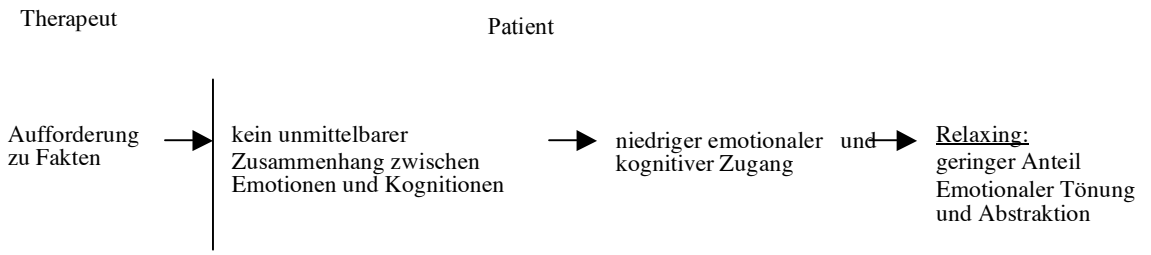

Abb. 4: Kategorie 1 - Aufforderung zu Fakten - mit Kausalkette bis zum Eintreten von Relaxing des Patienten

2. Aufforderung zur Kognition

Der Patient wird vom Therapeuten zum Herstellen der **Verknüpfung seiner Kognitionen (Denkens) mit Aspekten seiner Handlungen** geführt. Dadurch wird ein „Aha-Effekt" bzw. Problemlöseprozess ausgelöst (vgl. Abb. 5).

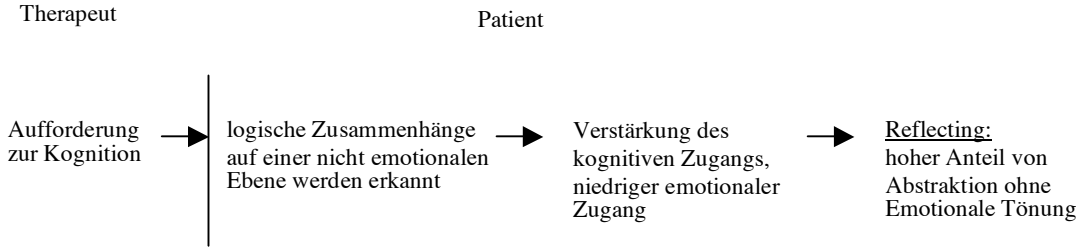

Abb. 5: Kategorie 2 - Aufforderung zur Kognition - mit Kausalkette bis zum Eintreten von Reflecting des Patienten

3. Aufforderung zur Emotion

Diese Redebeiträge haben primär das Ziel, Gefühle beim Patienten zu intensivieren, indem nach diesen gefragt wird, diese angesprochen werden bzw. eine **Verknüpfung mit anderen Emotionen** hergestellt wird. Da ein kognitiver Zusammenhang für den emotionalen Aspekt fehlt, gelingt dem Patienten keine emotional-kognitive Verknüpfung, sondern es verstärkt sich ausschließlich der emotionale Zugang weiter (vgl. Abb. 6).

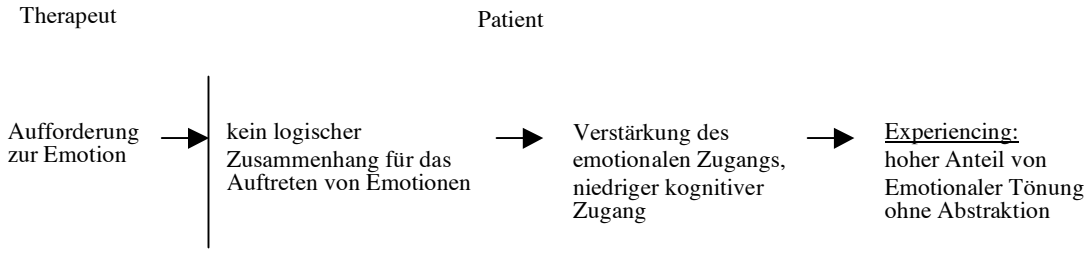

Abb. 6: Kategorie 3 - Aufforderung zur Emotion - mit Kausalkette bis zum Eintreten von Experiencing des Patienten

4. und 5. Aufforderung zur Integration von Emotion und Kognition

Die **Verknüpfung von Emotion mit Kognition** durch den Therapeuten verstärkt gleichzeitig den kognitiven und emotionalen Zugang (und die Integration zwischen diesen) des Patienten. Dadurch beginnt der Patient zu abstrahieren und benutzt gleichzeitig eine emotional getönte Sprache. Die Sequenz (Richtung) der Integration von Kognition und Emotion durch den Therapeuten ist dabei von Bedeutung (vgl. Abb. 7 und 8).

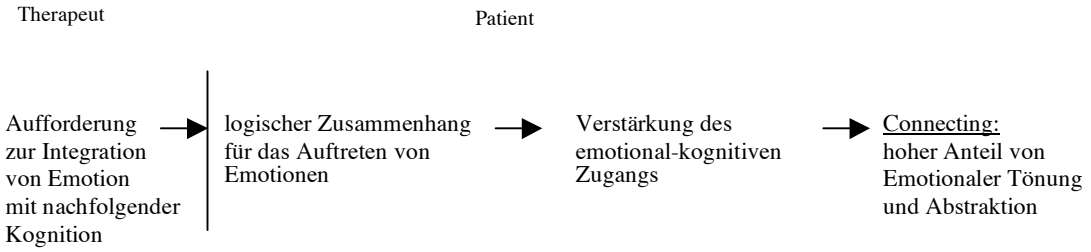

Abb. 7: Kategorie 4 - Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition - mit Kausalkette bis zum Eintreten von Connecting des Patienten

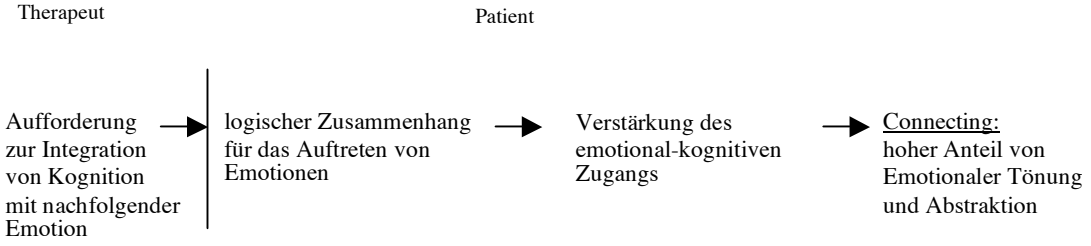

Abb. 8: Kategorie 5 - Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion - mit Kausalkette bis zum Eintreten von Connecting des Patienten

6. Restkategorie

Zu dieser Kategorie gehören alle Beiträge, die sich nicht in die anderen Kategorien einordnen lassen. Redebeiträge dieser Art sind Hörersignale und werden in dieser Arbeit nicht als Intervention bezeichnet. Insofern wird für diese Kategorie keine kausale Herleitung zwischen therapeutischer Intervention und Patienten-EA-Mustern getroffen.

In der Abbildung 9 ist noch einmal das Prozedere der Entwicklung des Kategoriensystems zur therapeutischen Intervention von emotional-kognitiver Regulation des Patienten schrittweise grafisch dargestellt.

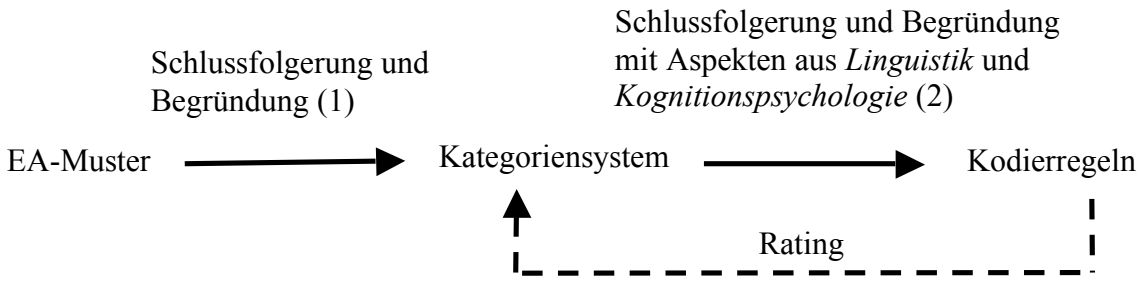

Abb. 9: Prozedere der Entwicklung des Kategoriensystems zur therapeutischen Intervention von emotional-kognitiver Regulation des Patienten

1.7 Ziel der Studie

Es wurde ein Kategoriensystem zur Klassifizierung therapeutischer Intervention zur Beeinflussung emotional-kognitiver Regulation des Patienten herausgearbeitet. Grundlage des Modells waren Bereiche der Linguistischen Pragmatik und Allgemeiner Psychologie (insbesondere Kognitionspsychologie).

Mit diesem Kategoriensystem wurden transkribierte psychotherapeutische Redebeiträge eingestuft und mit spezifischen EA-Mustern von Patiententexten auf der Makro- und Mikroebene statistisch verglichen. Ziel war es, im Falle des Findens signifikanter Beziehungen zwischen Interventionsmöglichkeiten und Patienten-EA-Mustern eine Übersicht zu schaffen, in der Interventionsstile beschrieben werden, die für die Steuerung emotional-kognitiver Regulation geeignet sind. Insofern käme in Betracht, das Kategoriensystem für die therapeutische Ausbildung zu nutzen, um somit Therapeuten sprachlich zu instruieren, wie kontrolliert sprachlich emotional-kognitive Regulation des Patienten beeinflusst werden kann.

Die Studie soll außerdem einen weiteren Beitrag zur Validierung der psychologischen Bedeutung von EA-Mustern in Bezug auf das TCM leisten.

2. Methoden

Die Abbildung 10 gibt eine Übersicht zum gesamten methodischen Ablauf wieder.

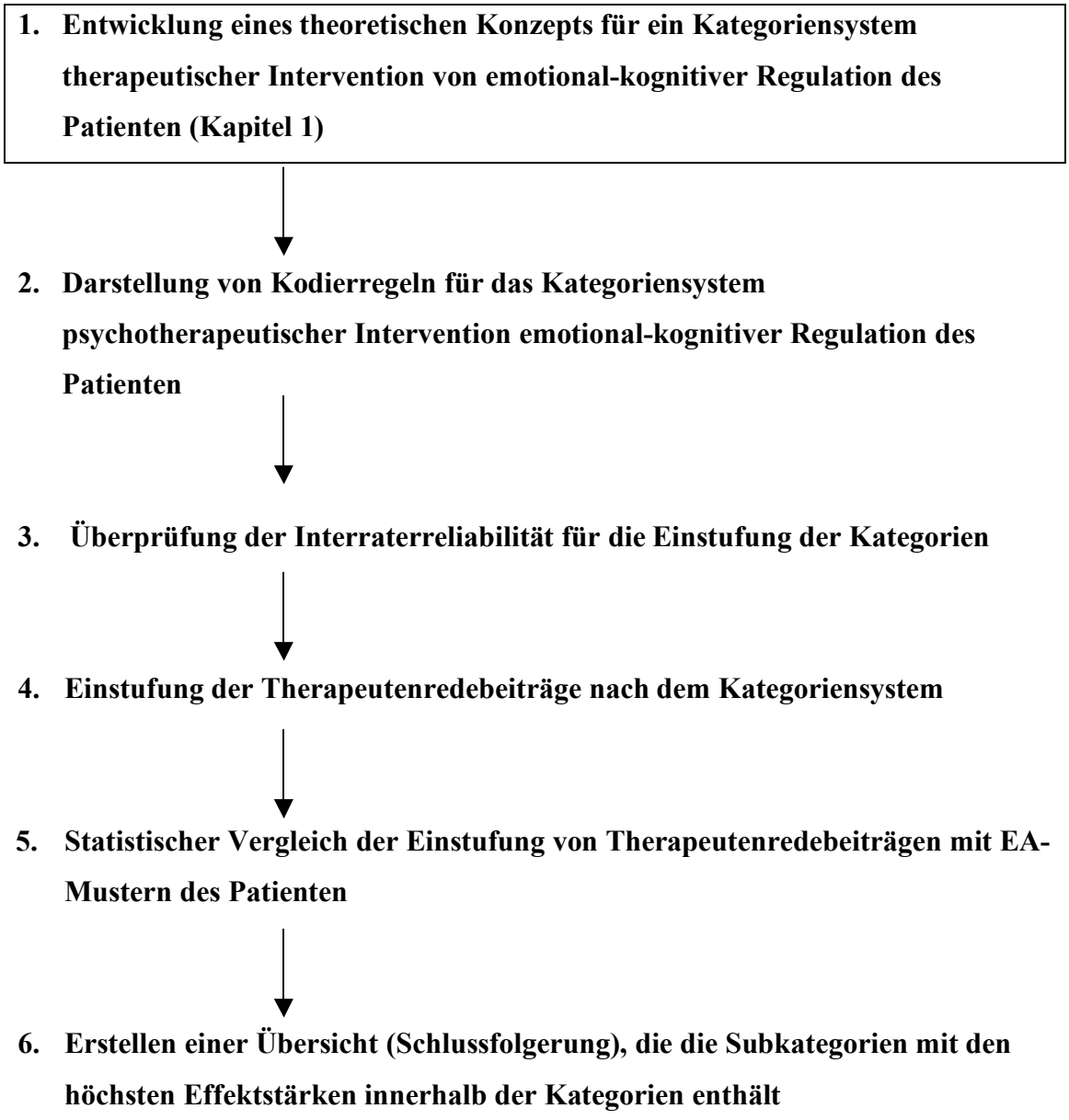

Abb. 10: Methodischer Ablauf

2.1 Stichprobe und verwendetes Textmaterial

Ulmer Textbank

Es wurden psychodynamische Therapien aus der Ulmer Textbank (Mergenthaler, 1986) ausgewählt. Diese verfügt über das weltweit größte Computerarchiv von Psychotherapietexten. Die Mehrzahl der Psychotherapien ist psychoanalytischen Inhalts,

jedoch ist dort fast jede Psychotherapieart zu finden, sowie andere Texte, die psychodiagnostischen Charakter besitzen (z.B. Therapieberichte, Gespräche von Balintgruppen, Supervisionen usw.). Häufig sind auch Ton und Videobänder vorhanden. Das Textmaterial wurde nach den Texttranskriptionsregeln von Mergenthaler (1992) transkribiert. Diese wurden nach drei Wesensmerkmalen entwickelt: leichte Lesbarkeit der erstellten Transkripte, geringer Aufwand bei der Transkription und Computerverträglichkeit.

Stichprobe

10 psychodynamische Therapien bilden die Stichprobe. Davon wurden die letzten 18 Sitzungen verwendet, da dies die Mindestanzahl der kürzesten Therapie umfasste. Aus jeder Therapie wurde eine Sitzung mit dem Patienten-EA-Muster Relaxing, Reflecting, Experiencing und Connecting mit dem maximalsten Absolutenbetrag der z-Werte für Emotionale Tönung und Abstraktion ermittelt. So verblieben insgesamt 40 Sitzungen: 10 Relaxing-, 10 Reflecting-, 10 Experiencing- und 10 Connecting-Sitzungen. Jede Therapie hatte einen unterschiedlichen Therapeuten und Patienten. Die diagnostischen Angaben für jeden Patienten der 10 Therapien sind in Tabelle 2 ersichtlich.

Tabelle 2: Diagnostische Angaben der Patienten der 10 Therapien

Therapie	Diagnose	Geschlecht	Alter
1	Depression	weiblich	57
2	Angststörung	männlich	48
3	Angststörung	weiblich	53
4	nicht bekannt	nicht bekannt	nicht bekannt
5	Agoraphobie	weiblich	53
6	Agoraphobie	weiblich	44
7	Angststörung	männlich	73
8	Schizophrenie	weiblich	44
9	Depression	männlich	58
10	nicht bekannt	weiblich	nicht bekannt

2.2 Variablen

2.2.1 Variable 1: Kategorieneinstufung therapeutischer Intervention von Therapeutenredebeiträgen

Es werden Therapeutenredebeiträge in Subkategorien eingestuft und den Kategorien zugeordnet. Für die Bestimmung der Kategorien sind folgende textanalytische Abläufe notwendig (im Anhang B detailliert beschrieben):

1. Fragen vs. Aussagen

Es wird zwischen Redebeiträgen unterschieden, die Fragen oder Aussagen sein können. Bei Fragen wird kontrolliert, ob diese im Konjunktiv oder Indikativ stehen.

2. Semantische Einheiten

Zur Operationalisierung der Unterteilung von Informationseinheiten in einem Redebeitrag eines Therapeuten schlägt der Autor vor, den Redebeitrag in semantische Einheiten zu zerlegen.

3. Emotionale Tönung

Jede semantische Einheit eines therapeutischen Redebeitrags wird entweder in eine emotionale Tönung, abstrakt emotionale Tönung oder keine Tönung eingestuft (vgl. dazu Kapitel 1.5.1). Für die Bestimmung der Kategorie ist die Unterscheidung zwischen emotional getönt bzw. abstrakt emotional getönt unerheblich und hat nur für die Einstufung der Subkategorien Priorität. Wenn im Folgenden nur von Tönung gesprochen wird, bedeutet dies, dass für die Klassifizierung der semantischen Einheit unbedeutend ist, ob eine emotionale bzw. abstrakt emotionale Tönung vorliegt. Die Klassifizierung „unspezifisch“ bedeutet, dass eine semantische Einheit getönt (emotional oder abstrakt emotional) bzw. nicht getönt sein kann.

Es ist von wesentlicher Bedeutung, ob die semantische Einheit Schlüsselwörter mit einer Tönung besitzt. Es wird nicht ermittelt, wie häufig getönte Wörter in der semantischen Einheit auftreten, sondern bestimmt, ob diese vorhanden bzw. nicht vorhanden sind. Diese Entscheidung wird somit dichotom gefällt. So gilt Folgendes: Ist in einer semantischen Einheit mindestens ein emotional getöntes Wort vorhanden, dann ist der Status der semantischen Einheit emotional getönt (es können jedoch auch abstrakt emotional getönte Wörter vorhanden sein). Wenn in einer semantischen Einheit nur abstrakt emotional getönte Wörter auftreten, ist der Status der semantischen Einheit emotional abstrakt getönt.

4. Verknüpfung

Aus der Zusammensetzung der semantischen Einheiten und ihrer sprachlichen Tönung ergeben sich vier verschiedene Grundformen von Verknüpfungen (in Textbeispielen: „|“), die den Abbildungen 4 bis 8 im Kapitel 1.6.3 zugeordnet werden können.

1. Ein Redebeitrag stellt **keine Verknüpfung** dar, wenn dieser nur aus einer semantischen Einheit besteht.

T: *Also gnadenlos?*

2. Eine **kognitive Verknüpfung** besteht nur aus nicht getönten semantischen Einheiten.

T: *Tja, so wie Sie ja auch hier in dem Aufenthalt Erwartungen an sich gestellt haben.* | *Und zwar, anscheinend, sehr schnell.* | *Was Sie loswerden wollen, was Sie sich für Ziele gesetzt haben, was auch immer.* | *Und es ist immer noch ein Unterschied, denke ich, zwischen einem Muss, dass man etwas muss oder, ob man etwas will.*

3. Eine **emotionale Verknüpfung** besteht prinzipiell aus getönten semantischen Einheiten.

T: *Ja, aber ich denke, dieses Kind, so wie Sie auch jetzt, ist eigentlich sehr enttäuscht und verzweifelt,* (emotional getönt) | *aber mir kommt es so vor, dass die Enttäuschung oder der Ärger sich eigentlich gegen das Kind richtet,* (abstrakt emotional getönt) | *dass doch eigentlich allen Grund dazu hat, enttäuscht oder wütend zu sein.* (emotional getönt)

4. Ein Redebeitrag mit **emotional-kognitiver Verknüpfung** besteht aus Mischformen von getönten bzw. nicht getönten semantischen Einheiten (in Textbeispielen: „||“) .

T: *Damit haben wir ja heute angefangen, wird man hier eigentlich selbst oder das Kind in einem zerstört.* (emotional getönt) | *Vielleicht aus Enttäuschung und aus Hilflosigkeit.* (abstrakt emotional getönt) || *Ja, wir könnten, auch wenn das jetzt vielleicht etwas vom Kopf her betrachtet ist, es doch auch umdrehen.* (nicht getönt) || *Also, eigentlich müssten wir dieses Kind unterstützen, dass das Kind lebt.* (emotional getönt)

So ergeben sich für die sechs Kategorien und ihren Subkategorien folgende Kodierregeln, die im Flussdiagramm in der Abbildung 11 dargestellt sind, in dem die (Haupt-) Kategorisierung sukzessive beschrieben ist. Im Folgenden werden die Subkategorien beschrieben.

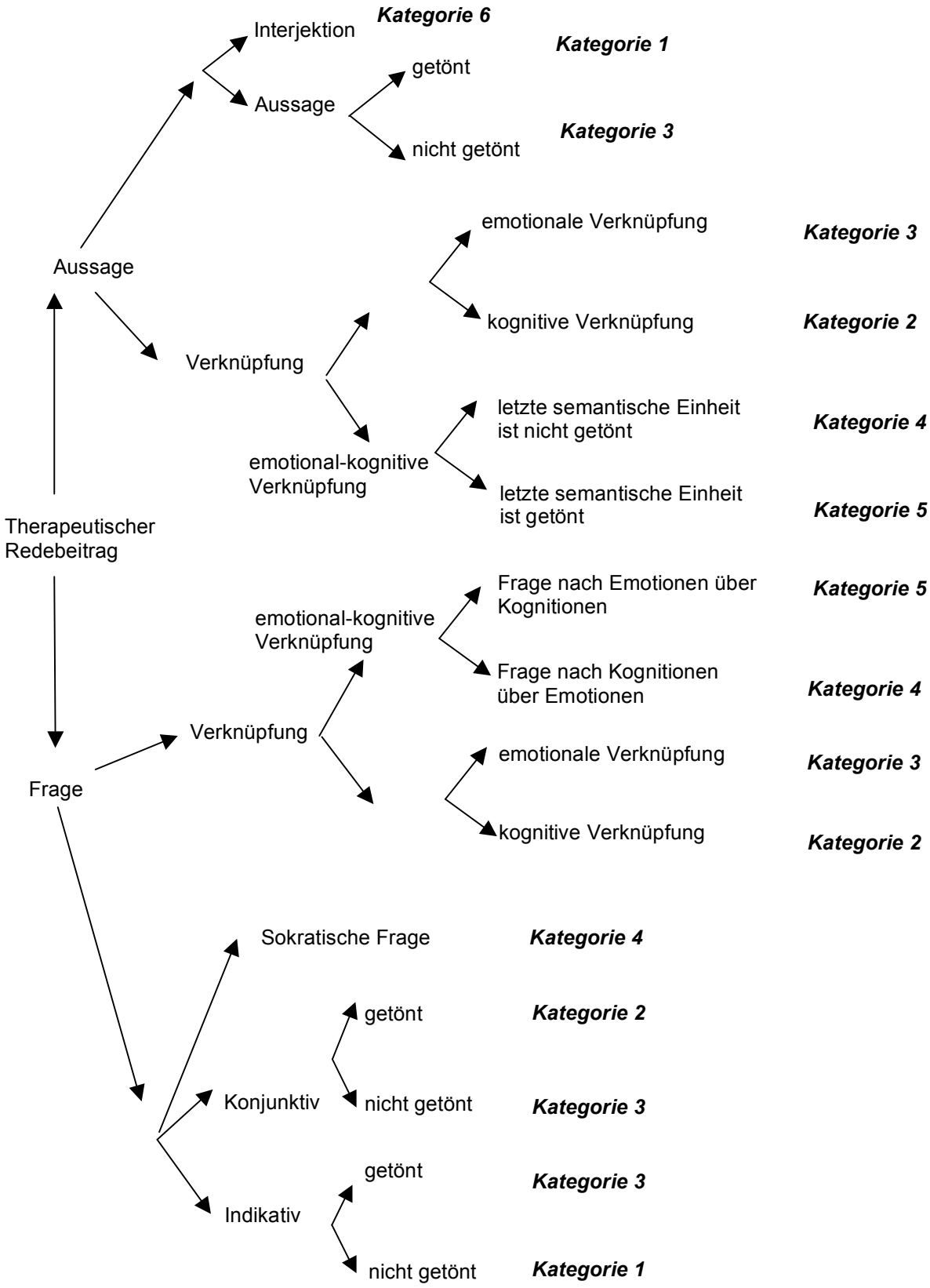

Abb. 11: Flussdiagramm für das Rating der Kategorien

Zunächst wird die Kategorie angeführt, dann die Subkategorien genannt. Der Name der Subkategorie ist gleichbedeutend mit ihrer Kodierregel. In Klammern wird auf die Tönung,

für die die Subkategorie mit ihren semantischen Einheiten zutrifft, hingewiesen. Für jede Subkategorie gibt es ein Beispiel. Im Anhang C befinden sich weitere Beispiele für eine eingestufte Therapiestunde.

Kategorie 1: Aufforderung zu Fakten

Subkategorie 1.1: Inhaltsfragen (nicht getönt).

Es wird direkt und konkret im Indikativ gefragt. Dies sind fertige Fragen, auf die nur mit „ja“ oder „nein“ bzw. mit Fakten geantwortet werden kann.

T: *Wo wohnen Sie? Wie alt sind Sie? Wollen Sie jetzt damit anfangen?*

Subkategorie 1.2: Inhaltsfragen über Emotionen (unspezifisch).

Sachliche Fragen über die Emotion. Es wird direkt und konkret im Indikativ gefragt.

T*: Wie oft sind Sie schon auf einem Podium ohnmächtig geworden?*

T*: Welche Medikamente nehmen Sie, wenn Sie so unglücklich sind?*

Subkategorie 1.3: Ansprechen eines Sachverhalts ohne Verknüpfung (nicht getönt).

T*: Tja, da denken Sie, das geht schon wieder los.*

Kategorie 2: Aufforderung zur Kognition

Subkategorie 2.1: Fragen nach Kognition im Konjunktiv (nicht getönt).

Die Fragen werden in der Möglichkeitsform eines Ereignisses, des Denkens oder des Handelns gestellt. Logische folgerichtig kausal aufgebaute Intervention. Gebrauch von Bindewörtern *wenn - dann*, *weil, deshalb, darum...*

T*: Was, glauben Sie, könnte passieren?*

T*: Was würden Sie tun, wenn...?*

Ausnahme: T*: Was, glauben Sie, ist passiert?*

Obwohl das Wort *ist* im Sprechakt verwendet wird, weist das Wort *glauben* auf die Möglichkeitsform hin.

Nicht: T*: Könnten Sie sich vorstellen, dass Sie eine neue Arbeit beginnen?*

Das ist eine Aufforderung zu Fakten. Eine Aufforderung zur Kognition müsste dann heißen: T*: Nehmen wir an, Sie suchen sich eine neue Stelle, was könnten Sie sich da so vorstellen?*

Nicht: T*: Was fühlten Sie, als das passierte?*
Dies ist eine Aufforderung zur Emotion.

Subkategorie 2.2: Fragen nach dem Hintergrund einer kognitiven Prämisse (nicht getönt).
„Wieso"-Fragen? Wie? Woran liegt das? Dies wird auch als „kognitives und inhaltliches Disputieren" bezeichnet und stellt eine kognitive Verknüpfung dar.
T*: Ich verstehe den Zusammenhang noch nicht, was Sie mir gerade erzählt haben, könnten Sie mir diesen etwas genauer schildern?*

Subkategorie 2.3: Direkte kognitive Anleitung (nicht getönt).
Dieser Redebeitrag stellt eine kognitive Verknüpfung dar.
T*: Jetzt denken Sie doch mal darüber nach, wieso Sie dies so getan haben!*

Subkategorie 2.4: Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt).
Es werden „wenn-dann-Sätze" verwendet und es findet kausale Folgerichtigkeit und logische Verbindung zwischen den semantischen Einheiten statt. Wie unter 2.1 werden Bindungswörter zwischen semantischen Einheiten benutzt. Dieser Redebeitrag stellt eine kognitive Verknüpfung dar.
T*: Ja, es könnte ja eine Vorstellung geben bei Ihnen,| und wenn man diesen Kern findet, darüber nachdenkt, dann löst sich dieser Kern auf | und dies löst wieder eine neue Vorstellung aus.*

Kategorie 3: Aufforderung zur Emotion
Subkategorie 3.1: Fragen über Emotionen (emotional getönt).
Es wird direkt und konkret im Indikativ gefragt. Diese Fragen haben oft einen suggestiven Charakter.
T*: Wann haben Sie das letzte Mal geweint?*
T*: Halten Sie sich für dumm?*
T*: Waren Sie da glücklich oder traurig?*

Subkategorie 3.2: Fragen nach Emotionen (nicht getönt).
T: *Was haben Sie da gefühlt?*

Subkategorie 3.3: Emotionen werden angesprochen (emotional getönt).
T*: Also traurig.*

Subkategorie 3.4: Emotionen werden gedeutet, die nicht reflektiert werden (emotional getönt).
T*: Sie fühlen sich also verletzt.*

Subkategorie 3.5: Direkte emotionale Anleitung (emotional getönt, abstrakt emotional getönt).
T*: Jetzt freuen Sie sich doch mal!*

Subkategorie 3.6: Fragen über Emotionen (abstrakt emotional getönt).
T: *Wann haben Sie das letzte Mal diese Enttäuschung gespürt?*

Subkategorie 3.7: Emotionen werden gedeutet, die nicht verknüpft werden (abstrakt emotional getönt).
T*: Sie fühlten da diese Traurigkeit?*

Subkategorie 3.8: Emotionen werden angesprochen (abstrakt emotional getönt).
T*: Ah, Schönheit.*
T*: Also Zärtlichkeit.*

Subkategorie 3.9: Fragen nach Emotionen (unspezifisch), die mit anderen Emotionen verknüpft werden (abstrakt emotional getönt, emotional getönt).
Dieser Beitrag stellte eine emotionale Verknüpfung dar.
T*: Als Sie in dieser traumatischen Situation waren, | fühlten Sie sich da frustriert und niedergeschlagen?*

Subkategorie 3.10: Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt).
Die letzte semantische Einheit muss emotional getönt sein. Zwischen der ersten und letzten semantischen Einheit muss mindestens abstrakte emotionale Tönung für die semantische Einheit vorhanden sein. Dieser Beitrag stellte eine emotionale Verknüpfung dar.

T*: Sie waren unglücklich und enttäuscht. | Ich glaube, das hängt eben gerade damit zusammen, weil Sie mit Ihrer Ehe so unzufrieden waren.*

Subkategorie 3.11: Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt).
Die erste semantische Einheit muss mindestens abstrakt emotional getönt sein, und die letzte darf nur abstrakt emotional getönt sein. Zwischen der ersten und letzten semantischen Einheit muss mindestens abstrakte Tönung vorhanden sein. Dieser Beitrag stellte eine emotionale Verknüpfung dar.
T*: Sie waren unglücklich und enttäuscht. | Ich glaube, das hängt eben gerade damit zusammen, weil Sie in Ihrer Ehe diese Unzufriedenheit spürten.*

Kategorie 4: Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition

Subkategorie 4.1: Fragen nach Kognition (nicht getönt) über Emotionen (unspezifisch).
Die Kognition wird zuerst angesprochen.
Dieser Beitrag stellte eine emotional-kognitive Verknüpfung dar.
T*: Was, glauben Sie, ist passiert, || dass Sie jetzt diese Unzufriedenheit fühlen?*

Subkategorie 4.2: Wie Subkategorie 4.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen.
T*: Was dachten Sie, || als Sie diese Angst fühlten?*

Subkategorie 4.3: Emotionale Deutung (emotional getönt, abstrakt emotional getönt) mit nicht emotionaler Verknüpfung (nicht getönt).
Es gibt mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung in dem therapeutischen Redebeitrag. Die erste Einheit muss mindestens abstrakt emotional getönt sein und die letzte darf nicht getönt sein.
T*: Sie haben diesen Konflikt nicht beenden können. || Sie versuchten immer wieder und wieder einen Neuanfang und haben so viele Dinge ausprobiert.*

Subkategorie 4.4: Sokratische Fragen - „Was ist“- Fragen? „Was heißt“- Fragen? (abstrakt emotional getönt, emotional getönt).
T: *Was ist eine gute Mutter? Was ist Glück? Was ist Gerechtigkeit?*

Subkategorie 4.5: Wie Subkategorie 2.4, es gibt jedoch mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung im therapeutischen Redebeitrag.
T*: Sie haben diesen Zustand nicht beenden können. || Und nun sagen Sie, dass Sie wieder völlig am Boden zerstört sind. || Sie versuchten immer wieder und wieder einen Neuanfang und haben so viele Dinge ausprobiert.*

Kategorie 5: Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion

Subkategorie 5.1: Fragen nach Emotionen (unspezifisch) über Kognition (nicht getönt). Die Kognition wird zuerst angesprochen.
Dieser Beitrag stellte eine emotional-kognitive Verknüpfung dar.
T*: Wenn Sie an diesen Tag und diese Situation zurückdenken,|| was haben Sie da gefühlt?*

Subkategorie 5.2: Wie Subkategorie 5.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen.
T*: Was haben Sie damals gefühlt, || wenn Sie an diesen Tag und diese Situation zurückdenken?*

Subkategorie 5.3: Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt).
Es gibt mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung in dem therapeutischen Redebeitrag. Die erste Einheit ist nicht getönt, die letzte muss emotional getönt sein.
T*: Sie haben diesen Zustand nicht beenden können.| Sie versuchten immer wieder und wieder einen Neuanfang und haben so viele Dinge ausprobiert. || Und nun sagen Sie, dass Sie wieder völlig am Boden zerstört sind.*

Subkategorie 5.4: Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt).
Es gibt mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung in dem therapeutischen Redebeitrag. Die erste Einheit darf nicht getönt sein und die letzte muss emotional abstrakt getönt sein.
T*: Sie haben diesen Zustand nicht beenden können. | Sie versuchten immer wieder und wieder einen Neuanfang und haben so viele Dinge ausprobiert. || Und nun sagen Sie, dass Sie wieder diese Unzufriedenheit spüren.*

Subkategorie 5.5: Wie Subkategorie 3.10 bzw. 3.11, es gibt jedoch mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung im therapeutischen Redebeitrag.
T*: Sie haben diese Konflikte nicht beenden können.|| Sie versuchten immer wieder und wieder einen Neuanfang und haben so viele Dinge ausprobiert. || Und nun sagen Sie, dass Sie wieder völlig am Boden zerstört sind.*

Kategorie 6: Restkategorie
Subkategorie 6.1: Interjektionen, außer HmHm-Beiträge (vgl. Subkategorie 6.3) (nicht getönt).
T*: Ja, ja*
T: *aha*

Subkategorie 6.2: Andeutungen, die nicht erklärt oder reflektiert werden und Abschiedsszenen (nicht getönt).
T*: Hingefahren.*
T*: Bis nächste Woche.*

Subkategorie 6.3: HmHm-Beiträge.

Es wurde ein Interraterreliabilitätstest für die Einstufung der Kategorien von 546 Redebeiträgen durchgeführt, der ein Kappa nach Cohen (1960) von .77 ergab.

Die Einstufung der Therapeutenredebeiträge erfolgte blind, d.h. es war nicht bekannt, welche Patienten-EA-Muster auf der Makro- bzw. Mikroebene beinhaltet waren. Dies wurde dadurch sichergestellt, dass die Transkripte mit einem Code versehen wurden. Es wurden 5952 Redebeiträge eingestuft. Die Kategorie 6 wurde nicht mit in die analytische statistische Auswertung einbezogen, da diese keine Intervention im eigentlichen Sinne darstellt, so verblieben 1918 Redebeiträge.

2.2.2 Variable 2: Patienten-EA-Muster

Die textanalytische Erfassung der Patienten-EA-Muster auf der Makro- und Mikroebene erfolgte mit der Computersoftware CM (2.5, 2006).

Makroebene der Patienten-EA-Muster

Die Patienten-EA-Muster auf der Makroebene entsprechen den Patienten-EA-Mustern des ausgewählten Materials unter dem Kapitel 2.1.

Mikroebene der Patienten-EA-Muster

Die Segmente der Mikroebene umfassen ca. 200 Wörter (Wortblöcke), die sich aus der Wortanzahl der Patienten- und Therapeutenredebeiträge ergeben. In dieser Arbeit wurde die Wortblockgröße (± 10 %) variiert, so dass ein Wortblock möglichst immer nach einem Redebeitrag beginnt bzw. endet. Nur die EA-Muster-Analyse der Patientenredebeiträge ist in dieser Arbeit von Bedeutung. Diese werden vom Autor als Patienten-EA-Muster der Mikroebene bezeichnet. Für jede Therapiesitzung wurden die Wortblöcke getrennt standardisiert. Insgesamt waren es 1004 Wortblöcke (ohne Kategorie 6 verblieben 760 Wortblöcke). Die Wortblöcke, die von CM als Missingdata (im Kapitel 1.5.2 erklärt) ausgegeben wurden, sind in die weitere statistische Analyse nicht mit aufgenommen, so verblieben 526 Wortblöcke. Des Weiteren wurde der Geltungsbereich der Standardisierung (z-Werte) eingeschränkt. Die EA-Muster der Mikroebene wurden folgendermaßen definiert:

Relaxing: z (Emotionswörter) < - 0.25, z (Abstraktionswörter) < - 0.25

Reflecting: z (Abstraktionswörter) > 0.25, z (Emotionswörter) < - 0.25

Experiencing: z (Emotionswörter) > 0.25, z (Abstraktionswörter) < - 0.25

Connecting: z (Emotionswörter) > 0.25, z (Abstraktionswörter) > 0.25

Letztendlich verblieben 338 Wortblöcke (100 Relaxing-, 92 Reflecting-, 87 Experiencing- und 59 Connecting-Stunden) (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3: Wortblöcke (WB) von Patienten-EA-Mustern pro Therapie;
A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Therapie	**A** $N = 100$	**B** $N = 92$	**C** $N = 87$	**D** $N = 59$	**WB Gesamt** $N = 338$
1	4	10	8	3	25
2	19	14	11	11	55
3	3	6	5	4	18
4	16	11	6	5	38
5	8	8	13	9	38
6	18	8	23	8	57
7	7	6	4	3	20
8	6	9	4	1	20
9	4	3	3	2	12
10	15	17	10	13	55

2.3 Auswertung und statistische Methoden

Nach Beendigung des Ratings wurden den Therapeutenredebeiträgen die beschriebenen Segmente von EA-Mustern der Makro- und Mikroebene zugeordnet. Da mehrere Redebeiträge in einem Segment erfolgten, wurde der relative Anteil der eingestuften Kategorien über jedes Segment bestimmt. Die statistische Auswertung erfolgte mit JMP (6.0.2, 2006) für Macintosh.

Da die Daten nicht normal verteilt sind, wurde beim Vergleich der relativen Anteile der Haupt- und Subkategorien über die EA-Muster ein Kruskal-Wallis-Test (parameterfreies Verfahren) gewählt.

Für die Hypothesenüberprüfungen wurde ein U-Test für den Vergleich von spezifischen Patienten-EA-Mustern mit Musterkombinationen der drei übrigen Muster ermittelt. Diesbezüglich wurden Effektstärken (Cohen, 1988) für Vergleiche der relativen Anteile von Kategorien bzw. Subkategorien bestimmt.

Die Diagrammdarstellungen, die gewählt wurden, sind „Mean Diamonds“, die auf Deutsch als Rauten bezeichnet werden. Die Mittellinie stellt den relativen Anteil dar, der Abstand zwischen oberer und unterer Ecke der Raute ist das 95 % Konfidenzintervall. Die weiteren horizontalen Linien stellen sogenannte „Overlap marks“ (Überlappungsmarker) dar. Wenn der Unterschied zwischen den zwei relativen Anteilen signifikant ist, überschneiden sich die Bereiche der Überlappungsmarker horizontal nicht, falls der Stichprobenumfang gleich ist. Die Überlappungsmarker werden automatisch von JMP für Rautendiagramme erzeugt. Die horizontale Linie im Diagramm ist der Mittelwert der relativen Anteile aller EA-Muster.

2.4 Hypothesen

Aus der theoretischen Betrachtung der therapeutischen Intervention von emotional-kognitiver Regulation des Patienten ergeben sich folgende Hypothesen (der Makro- und Mikroebene):

H1: In Verbindung mit der therapeutischen Intervention **Aufforderung zu Fakten** tritt signifikant häufiger das Patienten-EA-Muster **Relaxing** im Vergleich zu den übrigen Mustern auf.

H2: In Verbindung mit der therapeutischen Intervention **Aufforderung zur Kognition** tritt signifikant häufiger das Patienten-EA-Muster **Reflecting** im Vergleich zu den übrigen Mustern auf.

H3: In Verbindung mit der therapeutischen Intervention **Aufforderung zur Emotion** tritt signifikant häufiger das Patienten-EA-Muster **Experiencing** im Vergleich zu den übrigen Mustern auf.

H4: In Verbindung mit der therapeutischen Intervention **Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition** tritt signifikant häufiger das Patienten-EA-Muster **Connecting** im Vergleich zu den übrigen Mustern auf.

H5: In Verbindung mit der therapeutischen Intervention **Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion** tritt signifikant häufiger das Patienten-EA-Muster **Connecting** im Vergleich zu den übrigen Mustern auf.

H6: In Verbindung mit der therapeutischen Intervention **Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition** und **Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion** tritt signifikant häufiger das Patienten-EA-Muster **Connecting** im Vergleich zu den übrigen Mustern auf.

3. Ergebnisse

Insgesamt wurden 5952 Redebeiträge in die Kategorien 1 bis 6 eingestuft (vgl. Abb. 12). Davon entfallen 1918 (32.22 %) auf Interventionen der Kategorien 1 bis 5 und 4034 (67.78 %) auf die Kategorie 6 (vgl. Abb. 12). Von den Redebeiträgen waren 321 (16.74 %) Fragen und 1597 (83.26 %) Aussagen.

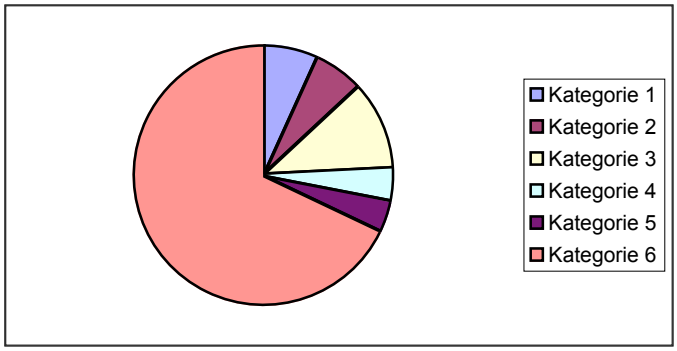

Abb. 12: Relative Anteile aller Kategorien. Kategorie 1: Aufforderung zu Fakten (6.82 %), Kategorie 2: Aufforderung zur Kognition (6.35 %), Kategorie 3: Aufforderung zur Emotion (10.69 %), Kategorie 4: Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition (4.59 %), Kategorie 5: Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion (3.78 %), Kategorie 6: Restkategorie (67.78 %).

Die weitere Darstellung der Ergebnisse beschränkt sich auf die Kategorien 1 bis 5, die bei der Verteilung in Abbildung 13 dargestellt werden (für Makro- und Mikroanalyse).

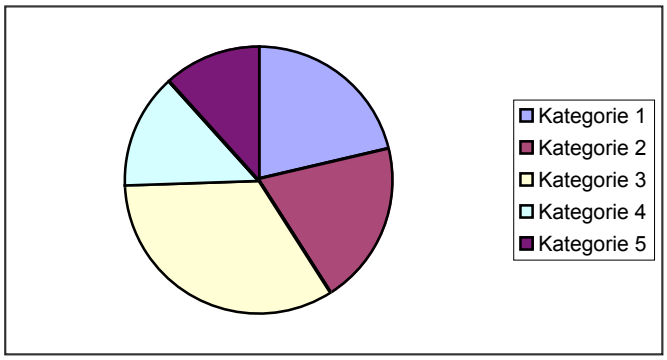

Abb. 13: Relative Anteile der Interventionen Kategorie 1: Aufforderung zu Fakten (21.17 %), Kategorie 2: Aufforderung zur Kognition (19.71 %), Kategorie 3: Aufforderung zur Emotion (33.16 %), Kategorie 4: Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition (14.23 %), Kategorie 5: Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion (11.73 %).

Das gesamte Datenmaterial der relativen Anteile, Signifikanzen und Effektstärken befindet sich im Anhang A in den Tabellen A.1 bis A.5. Es werden nur die Ergebnisse grafisch dargestellt, bei denen entweder bei der Kruskal-Wallis- oder U-Test-Berechnung ein Trend vorhanden ist. Im Text werden nur Ergebnisse erwähnt, die mindestens einen Trend darstellen. Zuerst werden Kruskal-Wallis-Test-Berechnungen (für Z-Werte wird der absolute Betrag angegeben) und als zweiter Schritt U-Tests (mit Effektstärken) angeführt. Die Hypothesen beziehen sich auf die U-Test-Analyse, diese wurden einseitig überprüft, da die Hypothesen gerichtet waren. Beim U-Test wurden spezifische Patienten-EA-Muster mit den übrigen Mustern verglichen (z.B. Relaxing vs. Reflecting, Experiencing, Connecting). Die relativen Anteile der eingestuften Kategorien von Therapeuten-redebeiträgen über Patienten- EA-Muster werden in Diagrammen in Form von Rauten dargestellt (im Methodenteil beschrieben). Die Gliederung erfolgt in der Reihenfolge der Kategorienbezeichnung.

3.1 Makroebene (Therapiestunden)

Kategorie 1: Aufforderung zu Fakten

Der Vergleich von relativen Anteilen der Kategorie 1 ist über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = .304, SD = .177), Reflecting (M = .234, SD = .081), Experiencing (M = .191, SD = .068) und Connecting (M = .112, SD = .076) hoch signifikant ($Chi^2(3, N = 40) = 13.40$, $p < .01$) (vgl. Abb. 14).

Im Patienten-EA-Muster Relaxing ist signifikant häufiger der relative Anteil von Kategorie 1 enthalten vs. der Musterkombination Reflecting/ Experiencing/ Connecting (M = .179, SD = .089) ($Z = 2.20$, $p < .05$, $d = 1.08$) (vgl. Abb. 14). Somit kann die Hypothese 1 für die Makroebene des Patienten bestätigt werden.

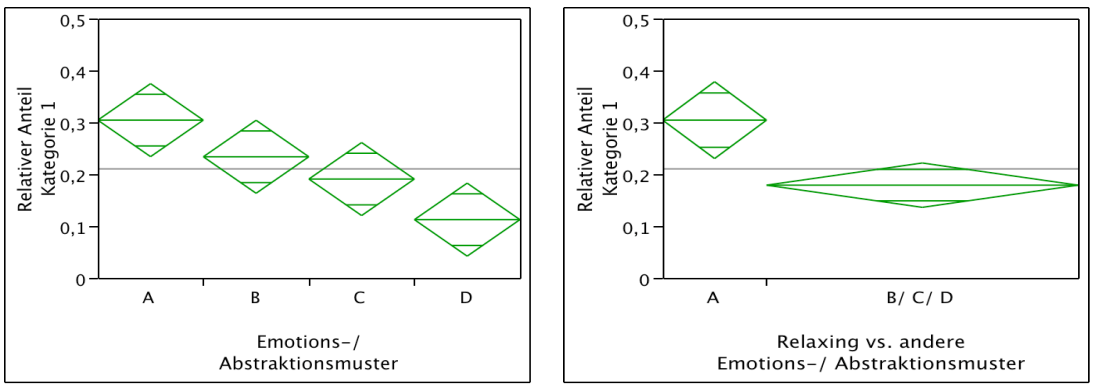

Abb. 14: Relative Anteile der Kategorie 1 - Aufforderung zu Fakten - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 10), B (N = 10), C (N = 10), (N = 10). **Rechts:** U-Test über A (N = 10) vs. B/ C/ D (N = 30). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Der Vergleich von relativen Anteilen der Subkategorie 1.3 - *Ansprechen eines Sachverhalts ohne Verknüpfung (nicht getönt)* - ist über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = 255, SD = .143), Reflecting (M = .203, SD = .086), Experiencing (M = .160, SD = .055) und Connecting (M = .082, SD = .061) hoch signifikant ($Chi^2(3, N = 40) = 13.44$, $p < .01$) (vgl. Abb. 15).

Im Patienten-EA-Muster Relaxing ist signifikant häufiger der relative Anteil von Subkategorie 1.3 enthalten vs. der Musterkombination Reflecting/ Experiencing/ Connecting (M = .149, SD = .083) (Z = 1.98, $p < .05$, d = 1.05) (vgl. Abb. 15).

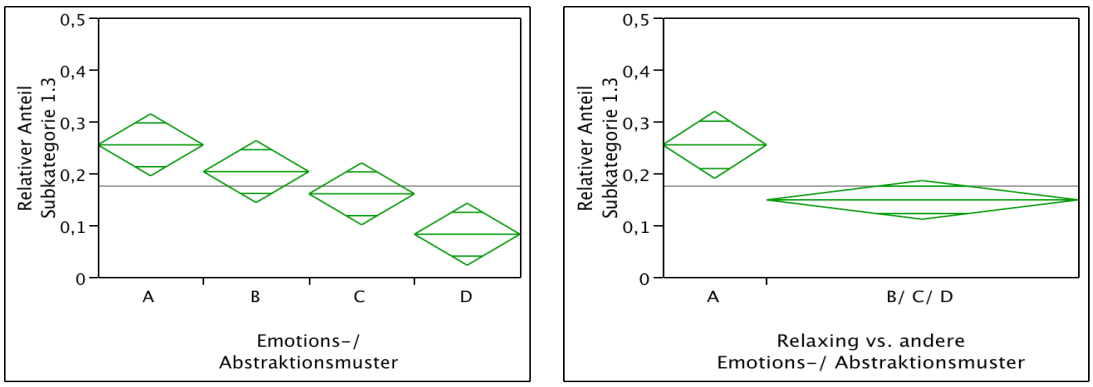

Abb. 15: Relative Anteile der Subkategorie 1.3 - Ansprechen eines Sachverhalts ohne Verknüpfung (nicht getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 10), B (N = 10), C (N = 10), D (N = 10). **Rechts:** U-Test über A (N = 10) vs. B/ C/ D (N = 30). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Kategorie 2: Aufforderung zur Kognition

Für Kategorie 2 ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Im Patienten-EA-Muster Reflecting (M = .292, SD = .184) ist signifikant häufiger der relative Anteil von Kategorie 2 enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Experiencing/ Connecting (M = .182, SD = .104) (Z = 1.97, $p < .05$, d = 0.86) (vgl. Abb. 16). Somit kann die Hypothese 2 für die Makroebene des Patienten bestätigt werden.

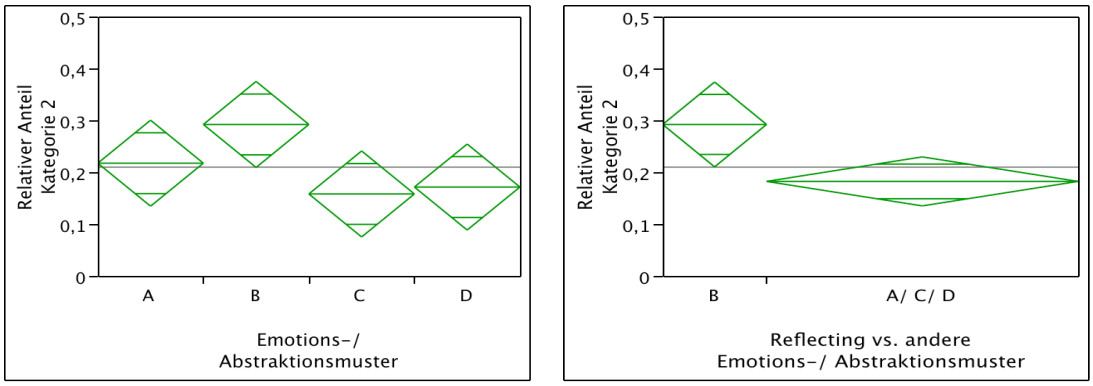

Abb. 16: Relative Anteile der Kategorie 2 - Aufforderung zur Kognition - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über B ($N = 10$) vs. A/ C/ D ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 2.1 - *Fragen nach Kognition im Konjunktiv (nicht getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 2.1 über Patienten-EA-Muster Reflecting ($M = .050$, $SD = .050$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Experiencing/ Connecting ($M = .032$, $SD = .041$) zeigt einen Trend ($Z = 1.33$, $p < .10$, $d = 0.42$) (vgl. Abb. 17).

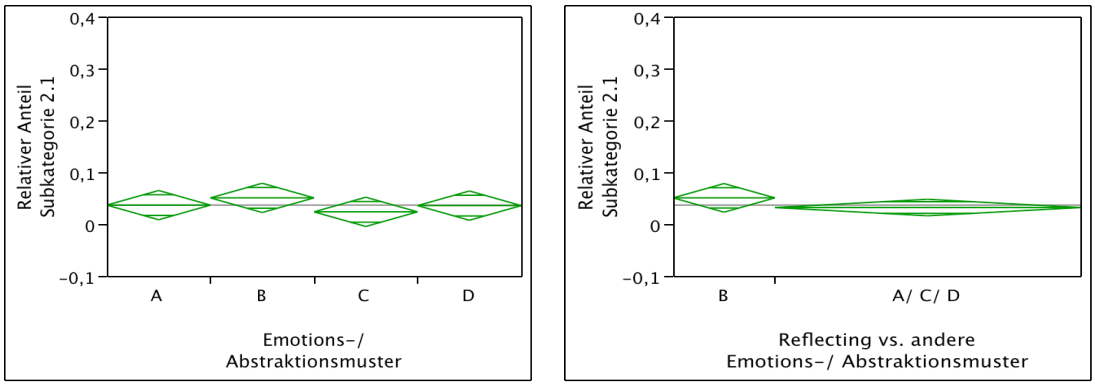

Abb. 17: Relative Anteile der Subkategorie 2.1 - Fragen nach einer Kognition im Konjunktiv (nicht getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über B ($N = 10$) vs. A/ C/ D ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 2.2 - *Fragen nach dem Hintergrund einer kognitiven Prämisse (nicht getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 2.2 über Patienten-EA-Muster Reflecting ($M = .007$, $SD = .015$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Experiencing/ Connecting ($M = .017$, $SD = .021$) zeigt entgegengesetzt der Hypothese ($Z = 1.49$, $p < .10$, $d = -0.51$) einen Trend (vgl. Abb. 18).

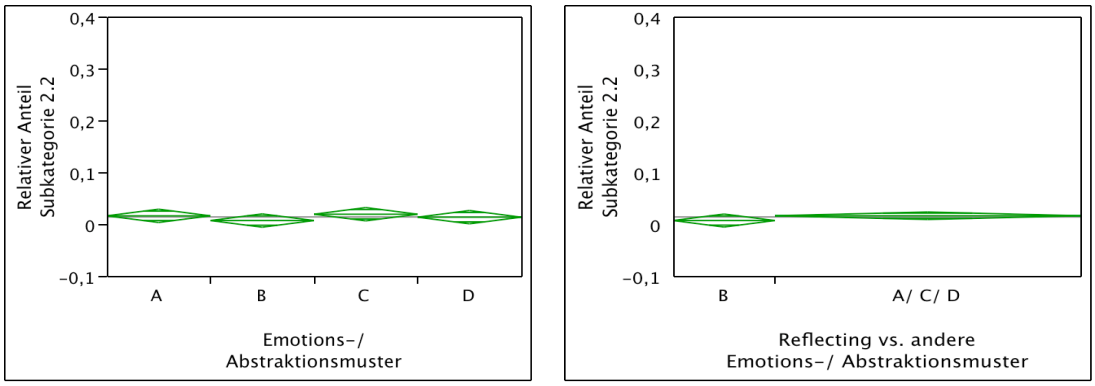

Abb. 18: Relative Anteile der Subkategorie 2.2 - Fragen nach dem Hintergrund einer kognitiven Prämisse (nicht getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über B ($N = 10$) vs. A/ C/ D ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 2.4 - *Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 2.4 über Patienten-EA-Muster Reflecting ($M = .232$, $SD = .199$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Experiencing/ Connecting ($M = .134$, $SD = .075$) zeigt einen Trend ($Z = 1.64$, $p < .10$, $d = 0.42$) (vgl. Abb. 19).

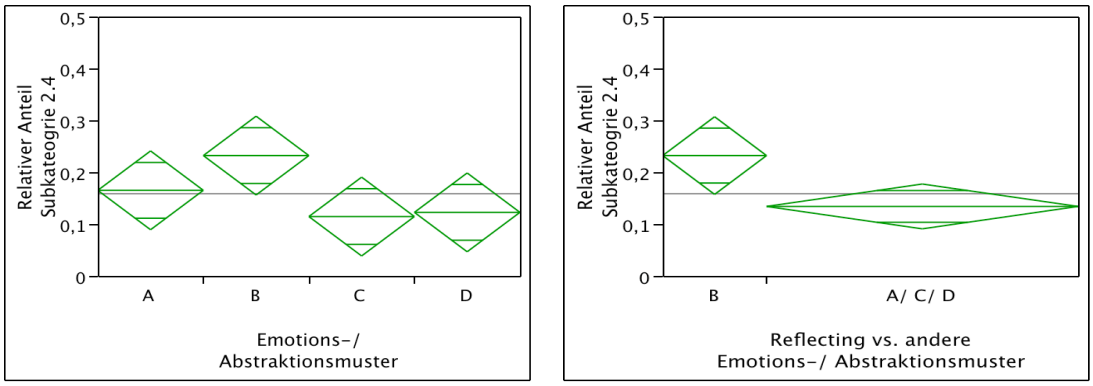

Abb. 19: Relative Anteile der Subkategorie 2.4 - Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$) , C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über B ($N = 10$) vs. A/ C/ D ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing D: Connecting

Kategorie 3: Aufforderung zur Emotion

Der Vergleich von relativen Anteilen der Kategorie 3 über die Patienten-EA-Muster Relaxing ($M = .254$, $SD = .149$), Reflecting ($M = .254$, $SD = .148$), Experiencing ($M = .397$, $SD = .070$) und Connecting ($M = .375$, $SD = .088$) ist signifikant ($Chi^2(3, N = 40) = 10.10$, $p < .05$) (vgl. Abb. 20).

Im Patienten-EA-Muster Experiencing ist signifikant häufiger der relative Anteil von Kategorie 3 enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting (M = .294, SD = .139) (Z = 2.30, p < .05, d = 0.82) (vgl. Abb. 20). Somit kann die Hypothese 3 für die Makroebene des Patienten bestätigt werden.

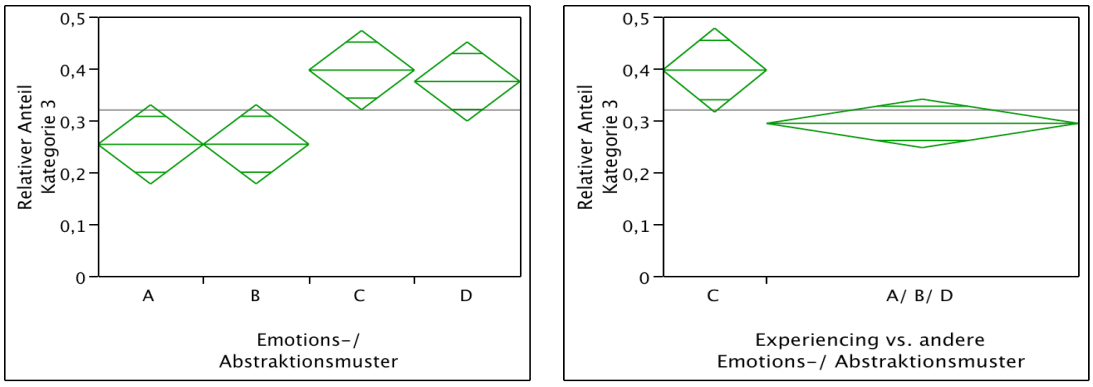

Abb. 20: Relative Anteile der Kategorie 3 - Aufforderung zur Emotion - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 10), B (N = 10), C (N = 10), D (N = 10). **Rechts:** U-Test über C (N = 10) vs. A/ B/ D (N = 30). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Der Vergleich von relativen Anteilen der Subkategorie 3.1 - *Fragen über Emotionen (emotional getönt)* - ist über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = .008, SD = .011), Reflecting (M = .016, SD = .028), Experiencing (M = .043, SD = .044) und Connecting (M = .022, SD = .035) signifikant (Chi^2(3, N = 40) = 8.33, p < .05) (vgl. Abb. 21).
Im Patienten-EA-Muster Experiencing ist hoch signifikant häufiger der relative Anteil von Subkategorie 3.1 enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting (M = .015, SD = .026) (Z = 2.78, p < .01, d = 0.90) (vgl. Abb. 21).

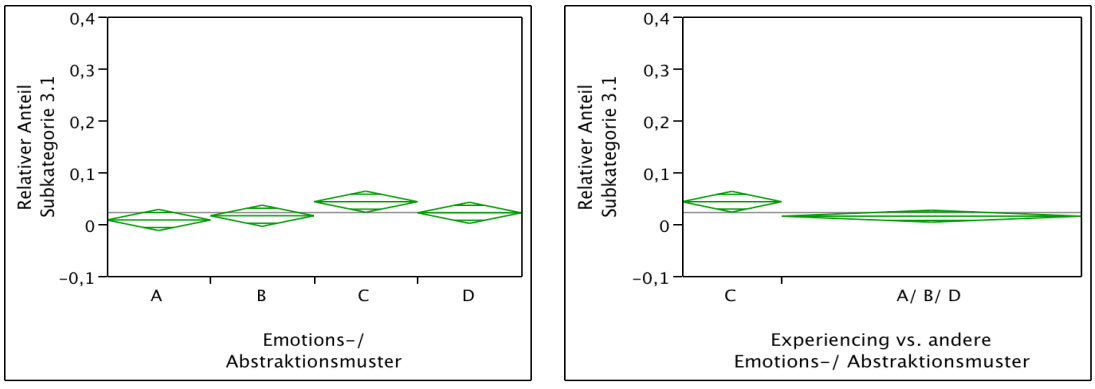

Abb. 21: Relative Anteile der Subkategorie 3.1 - Fragen über Emotionen (emotional getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 10), B (N = 10), C (N = 10), D (N = 10). **Rechts:** U-Test über C (N = 10) vs. A/ B/ D (N = 30). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 3.3 - *Emotionen werden angesprochen (emotional getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 3.3 im Patienten-EA-Muster Experiencing ($M = .075$, $SD = .052$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting ($M = .054$, $SD = .052$) zeigt einen Trend ($Z = 1.35$, $p < .10$, $d = .40$) (vgl. Abb. 22).

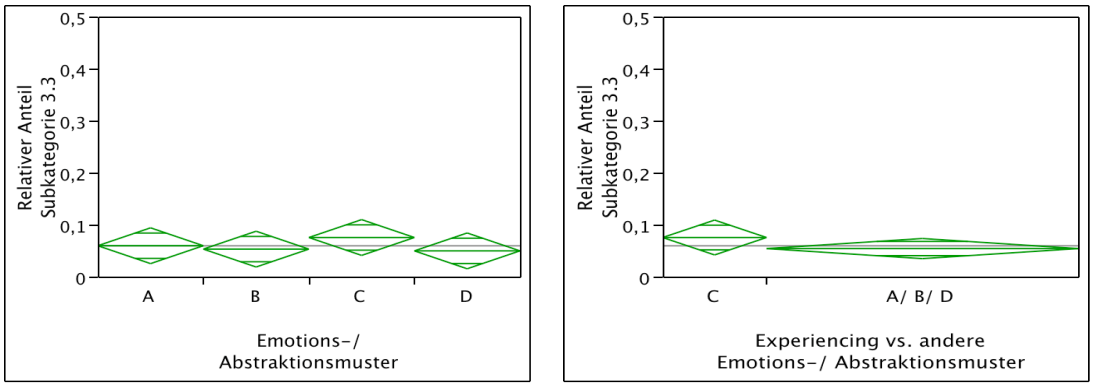

Abb. 22: Relative Anteile der Subkategorie 3.3 - Emotionen werden angesprochen (emotional getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über C ($N = 10$) vs. A/ B/ D ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 3.4 - *Emotionen werden gedeutet, die nicht reflektiert werden (emotional getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 3.4 im Patienten-EA-Muster Experiencing ($M = .092$, $SD = .078$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting ($M = .059$, $SD = .064$) zeigt einen Trend ($Z = 1.29$, $p < .10$, $d = 0.49$) (vgl. Abb. 23).

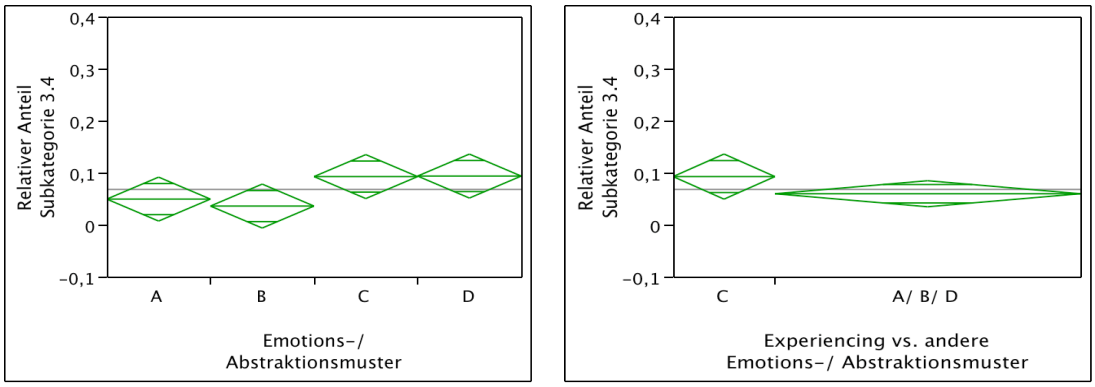

Abb. 23: Relative Anteile der Subkategorie 3.4 - Emotionen werden gedeutet, die nicht reflektiert werden (emotional getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über C ($N = 10$) vs. A/ B/ D ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 3.5 - *Direkte emotionale Anleitung (emotional getönt, abstrakt emotional getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 3.5 im Patienten-EA-Muster Experiencing ($M = .009$, $SD = .013$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting ($M = .006$, $SD = .014$) zeigt einen Trend ($Z = 1.30$, $p < .10$, $d = 0.24$) (vgl. Abb. 24).

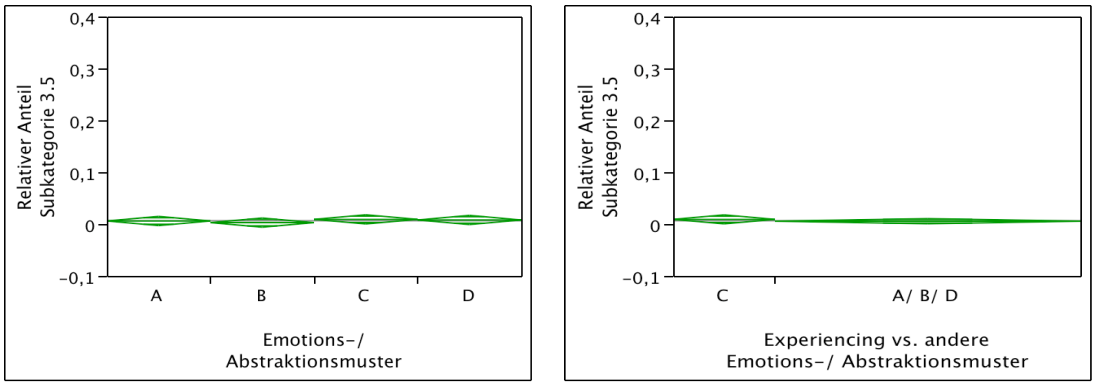

Abb. 24: Relative Anteile der Subkategorie 3.5 - Direkte emotionale Anleitung (emotional getönt, abstrakt emotional getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über C ($N = 10$) vs. A/ B/ D ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Kategorie 4: Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition

Für Kategorie 4 ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Kategorie 4 im Patienten-EA-Muster Connecting ($M = .168$, $SD = .060$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing ($M = .133$, $SD = .080$) zeigt einen Trend ($Z = 1.38$, $p < .10$, $d = 0.46$) (vgl. Abb. 25). Somit kann die Hypothese 4 für die Makroebene des Patienten nur marginal bestätigt werden.

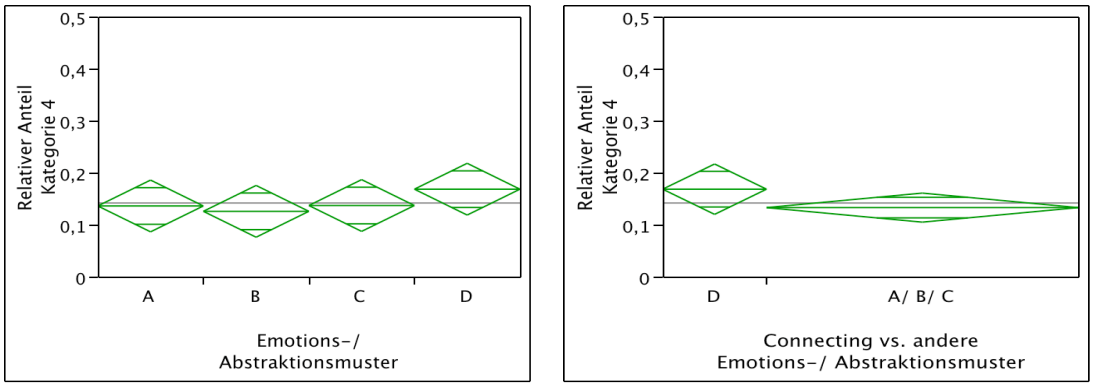

Abb. 25: Relative Anteile der Kategorie 4 - Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über D ($N = 10$) vs. A/ B/ C ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 4.2 - *Wie Subkategorie 4.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 4.2 im Patienten-EA-Muster Connecting (M = .004, SD = .009) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing (M = .001, SD = .005) zeigt einen Trend (Z = 1.61, p < .10, d = 0.48) (vgl. Abb. 26).

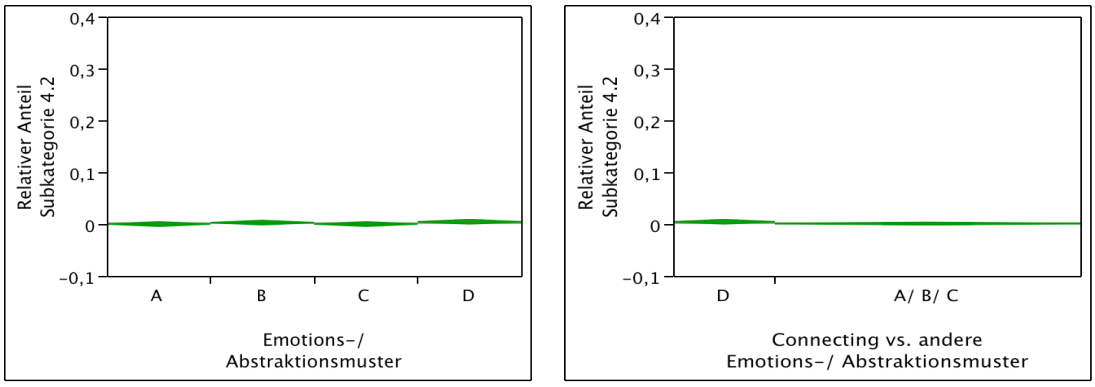

Abb. 26: Relative Anteile der Subkategorie 4.2 - Wie Subkategorie 4.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 10), B (N = 10), C (N = 10), D (N = 10). **Rechts:** U-Test über D (N = 10) vs. A/ B/ C (N = 30). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Kategorie 5: Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion

Der Vergleich von relativen Anteilen der Kategorie 5 über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = .089, SD = .071), Reflecting (M = .095, SD = .060), Experiencing (M = .118, SD = .063) und Connecting (M = .173, SD = .058) ist signifikant (Chi^2(3, N = 40) = 8.83, p < .05) (vgl. Abb. 27).

Im Patienten-EA-Muster Connecting ist der relative Anteil von Kategorie 5 hoch signifikant häufiger enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing (M = .100, SD = .064) (Z = 2.76, p < .01, d = 1.17) (vgl. Abb. 27). Somit kann die Hypothese 5 für die Makroebene des Patienten bestätigt werden.

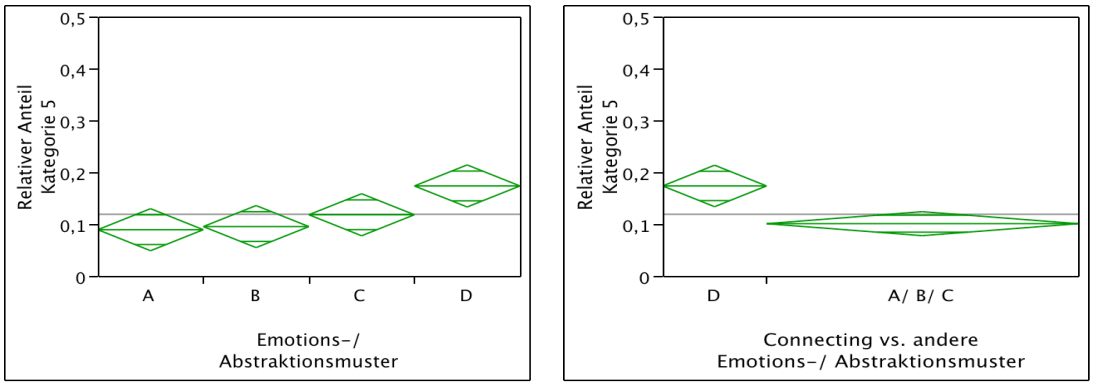

Abb. 27: Relative Anteile der Kategorie 5 - Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über D ($N = 10$) vs. A/ B/ C ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 5.1 - *Fragen nach Emotionen (unspezifisch) über Kognition (nicht getönt). Die Kognition wird zuerst angesprochen* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Im Patienten-EA-Muster Connecting ($M = .013$, $SD = .027$) ist signifikant häufiger die Subkategorie 5.1 enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing ($M = .001$, $SD = .002$) ($Z = 1.74$, $p < .05$, $d = 0.91$) (vgl. Abb. 28).

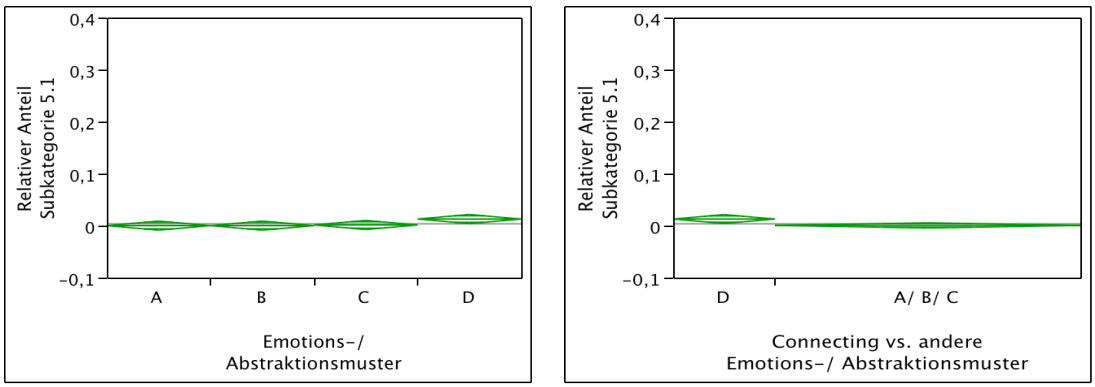

Abb. 28: Relative Anteile der Subkategorie 5.1 - Fragen nach Emotionen (unspezifisch) über Kognition (nicht getönt). Die Kognition wird zuerst angesprochen - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über D ($N = 10$) vs. A/ B/ C ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 5.2 - *Wie Subkategorie 5.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 5.2 im Patienten-EA-Muster Connecting ($M = .002$, $SD = .006$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing ($M = .000$, $SD = .000$) ist signifikant ($Z = 1.67$, $p < .05$, $d = 0.68$) (vgl. Abb. 29).

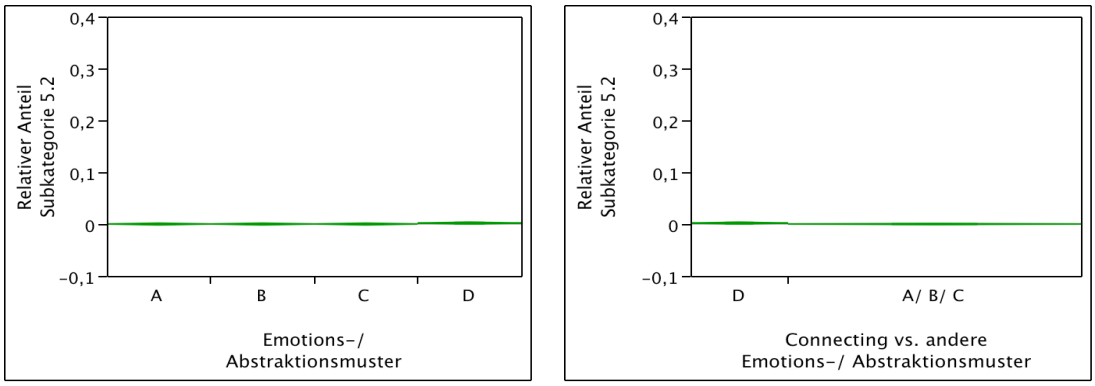

Abb. 29: Relative Anteile der Subkategorie 5.2 - Wie Subkategorie 5.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über D ($N = 10$) vs. A/ B/ C ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Der Vergleich von relativen Anteilen der Subkategorie 5.3 - *Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt)* - über die Patienten-EA-Muster Relaxing ($M = .037$, $SD = .032$), Reflecting ($M = .069$, $SD = .055$), Experiencing ($M = .074$, $SD = .048$) und Connecting ($M = .110$, $SD = .071$) ist signifikant ($Chi^2(3, N = 40) = 8.36$, $p < .05$) (vgl. Abb. 30).

Im Patienten-EA-Muster Connecting ist signifikant häufiger der relative Anteil von Subkategorie 5.3 enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing ($M = .060$, $SD = .048$) ($Z = 2.16$, $p < .05$, $d = 0.92$) (vgl. Abb. 30).

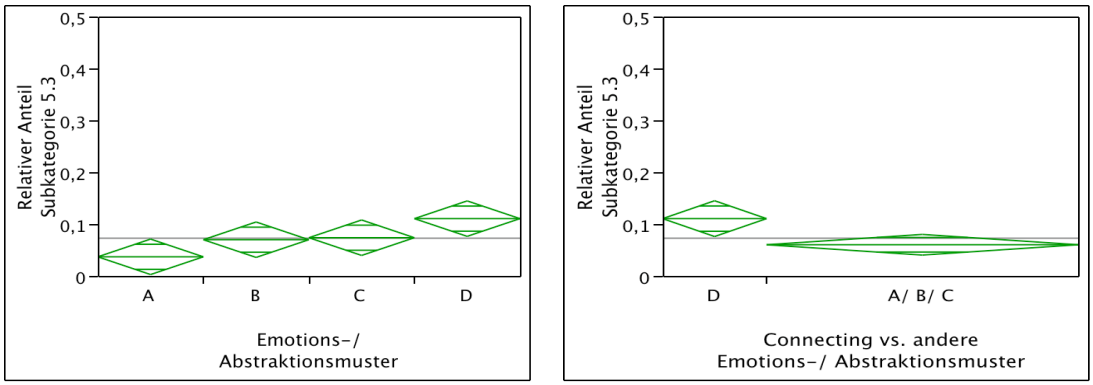

Abb. 30: Relative Anteile der Subkategorie 5.3 - Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt) - über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 10$), B ($N = 10$), C ($N = 10$), D ($N = 10$). **Rechts:** U-Test über D ($N = 10$) vs. A/ B/ C ($N = 30$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Der Vergleich von relativen Anteilen der Kategorie 4+5 über die Patienten-EA-Muster Relaxing ($M = .225$, $SD = .111$), Reflecting ($M = .221$, $SD = .126$), Experiencing ($M = .255$, $SD = .113$) und Connecting ($M = .342$, $SD = .096$) ist ein Trend ($Chi^2(3, N = 40) = 6.56$, $p < .10$) (vgl. Abb. 31).

Im Patienten-EA-Muster Connecting ist hoch signifikant der relative Anteil der Kategorie 4+5 häufiger enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing (M = .233, SD = .110) (Z = 2.47, p < .01, d = 1.14) (vgl. Abb. 31). Somit kann die Hypothese 6 für die Makroebene des Patienten bestätigt werden.

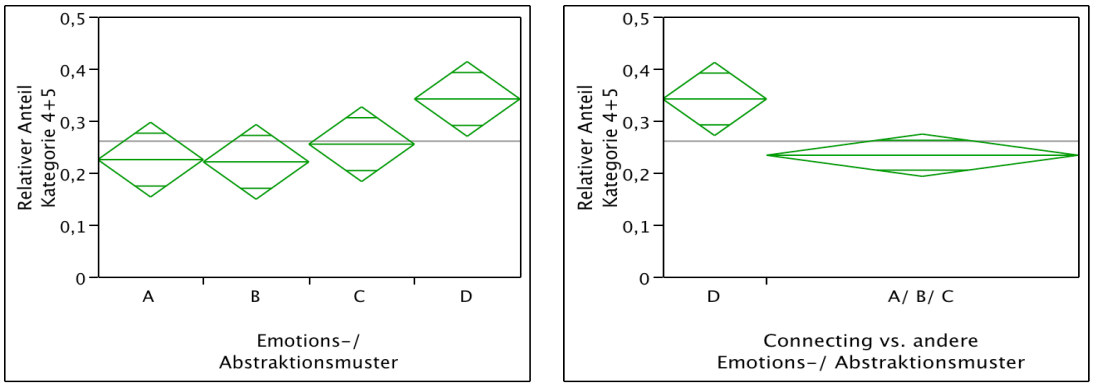

Abb. 31: Relative Anteile der Kategorie 4+5 über die Makroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 10), B (N = 10), C (N = 10), D (N = 10). **Rechts:** U-Test über D (N = 10) vs. A/ B/ C (N = 30). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

3.2 Mikroebene (Wortblöcke)

Kategorie 1: Aufforderung zu Fakten

Der Vergleich von relativen Anteilen von Kategorie 1 über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = .310, SD = .360), Reflecting (M = .203, SD = .314), Experiencing (M = .200, SD = .325) und Connecting (M = .216, SD = .355) ist signifikant ($Chi^2(3, N = 338) = 8.03$, $p < .05$) (vgl. Abb. 32).

Im Patienten-EA-Muster Relaxing ist hoch signifikant häufiger der relative Anteil von Kategorie 1 enthalten vs. der Musterkombination Reflecting/ Experiencing/ Connecting (M = .205, SD = .327) (Z = 2.83, $p < .01$, d = 0.31). Somit kann die Hypothese 1 für die Mikroebene des Patienten bestätigt werden (vgl. Abb. 32).

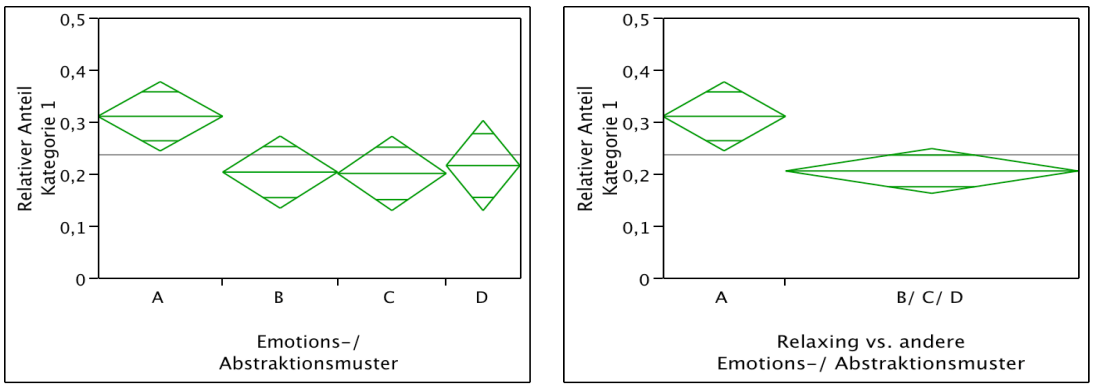

Abb. 32: Relative Anteile der Kategorie 1 - Aufforderung zu Fakten - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 100), B (N = 92), C (N = 87), D (N = 59). **Rechts:** U-Test über A (N = 100) vs. B/ C/ D (N = 238). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Der Vergleich von relativen Anteilen von Subkategorie 1.3 - *Ansprechen eines Sachverhalts ohne Verknüpfung (nicht getönt)* - über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = .251, SD = .333), Reflecting (M = .168, SD = .284), Experiencing (M = .152, SD = .292) und Connecting (M = .171, SD = .313) ist ein Trend ($Chi^2(3, N = 338) = 7.23$, $p < .10$) (vgl. Abb. 33).

Im Patienten-EA-Muster Relaxing ist hoch signifikant häufiger der relative Anteil der Subkategorie 1.3 enthalten vs. der Musterkombination Reflecting/ Experiencing/ Connecting (M = .163, SD = .292) (Z = 2.61, $p < .01$, d = 0.29) (vgl. Abb. 33).

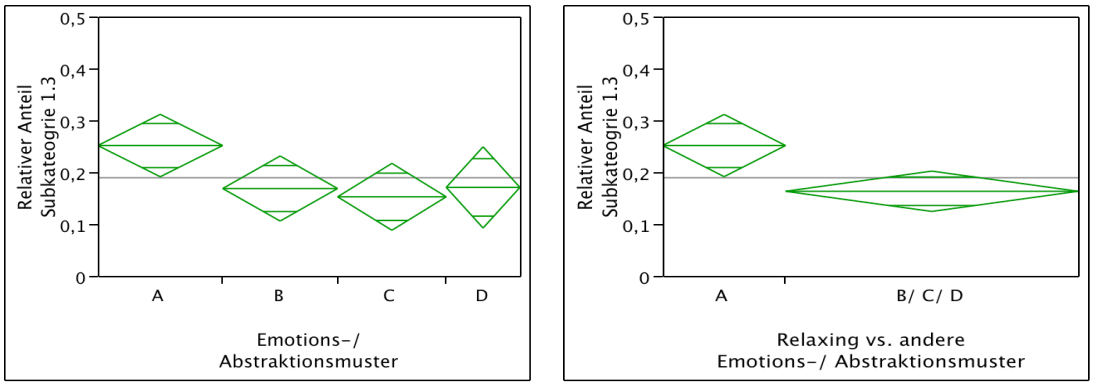

Abb. 33: Relative Anteile der Subkategorie 1.3 - Ansprechen eines Sachverhalts ohne Verknüpfung (nicht getönt) - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 100$), B ($N = 92$), C ($N = 87$), D ($N = 59$). **Rechts:** U-Test über A ($N = 100$) vs. B/ C/ D ($N = 238$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Kategorie 2: Aufforderung zur Kognition

Die Interventionen der Kategorie 2 waren über die Patienten-EA-Muster nicht signifikant. Somit kann die Hypothese 2 für die Mikroebene des Patienten nicht bestätigt werden.

Für Subkategorie 2.4 - *Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 2.4 im Patienten-EA-Muster Reflecting ($M = .192$, $SD = .352$) vs. der Musterkombination Relaxing/ Experiencing/ Connecting ($M = .124$, $SD = .260$) ist ein Trend ($Z = 1.38$, $p < .10$, $d = 0.24$) (vgl. Abb. 34).

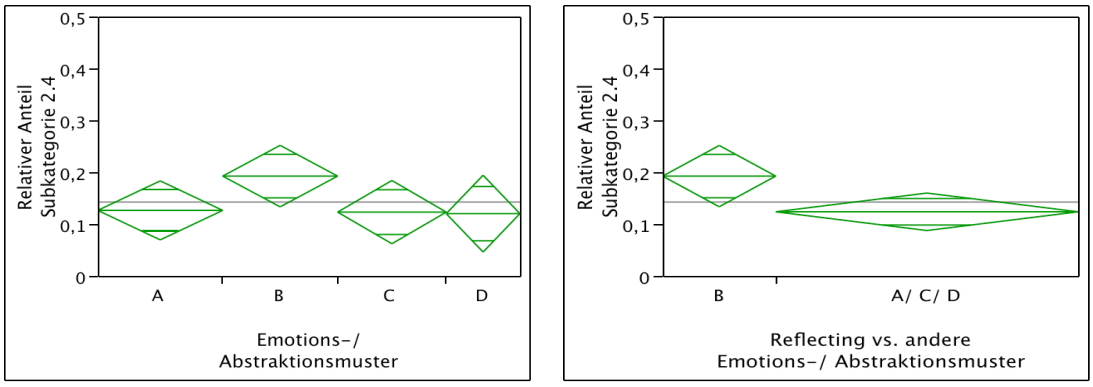

Abb. 34: Relative Anteile der Subkategorie 2.4 - Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt) - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 100$), B ($N = 92$), C ($N = 87$), D ($N = 59$). **Rechts:** U-Test über B ($N = 92$) vs. A/ C/ D ($N = 246$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Kategorie 3: Aufforderung zur Emotion

Für Kategorie 3 ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Kategorie 3 im Patienten-EA-Muster Experiencing (M = .380, SD = .421) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting (M = .302, SD = .376) ist ein Trend (Z = 1.49, p < .10, d = 0.2) (vgl. Abb. 35). Somit kann die Hypothese 3 für die Mikroebene des Patienten nur marginal bestätigt werden.

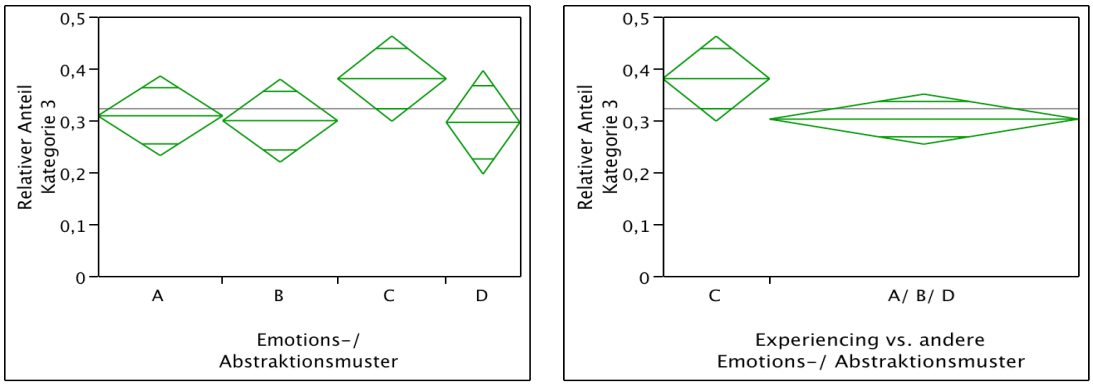

Abb. 35: Relative Anteile der Kategorie 3 - Aufforderung zur Emotion - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 100), B (N = 92), C (N = 87), D (N = 59). **Rechts:** U-Test über C (N = 87) vs. A/ B/ D (N = 251).
A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Der Vergleich der relativen Anteile von Subkategorie 3.2 - *Fragen nach Emotionen (nicht getönt)* - über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = .035, SD = .160), Reflecting (M = .016, SD = .110), Experiencing (M = .006, SD = .054) und Connecting (M = .000, SD = .000) ist ein Trend (Chi^2(3, N = 338) = 6.04, p < .10) (vgl. Abb. 36). Der U-Test-Vergleich ist nicht signifikant.

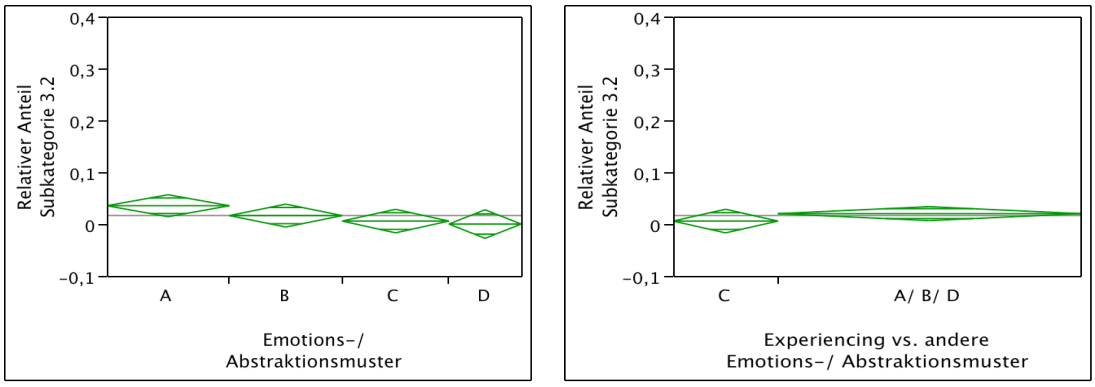

Abb. 36: Relative Anteile der Subkategorie 3.2 - Fragen nach Emotionen (nicht getönt) - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 100), B (N = 92), C (N = 87), D (N = 59). **Rechts:** U-Test über C (N = 87) vs. A/ B/ D (N = 251).
A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 3.4 - *Emotionen werden gedeutet, die nicht reflektiert werden (emotional getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 3.4 im Patienten-EA-Muster Experiencing (M = .128, SD = .291) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting (M = .071, SD = .199) ist ein Trend (Z = 1.42, p < .10, d = 0.25) (vgl. Abb. 37).

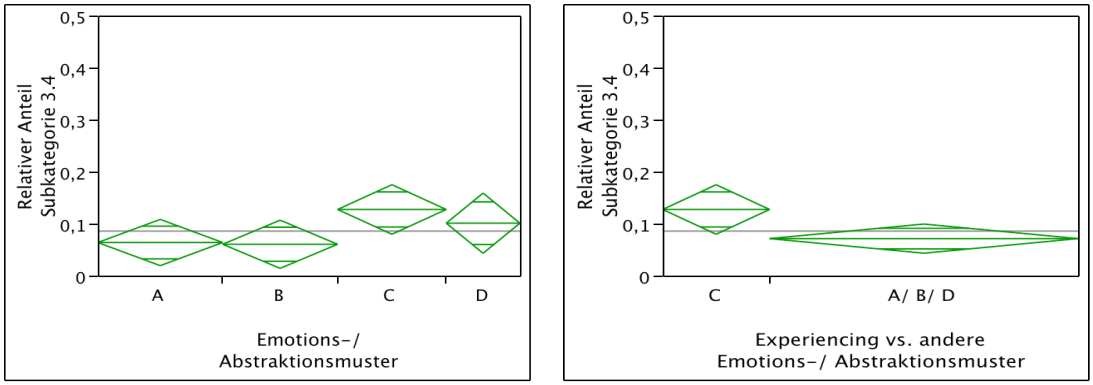

Abb. 37: Relative Anteile der Subkategorie 3.4 - Emotionen werden gedeutet, die nicht reflektiert werden (emotional getönt) - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 100), B (N = 92), C (N = 87), D (N = 59). **Rechts:** U-Test über C (N = 87) vs. A/ B/ D (N = 251). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 3.11 - *Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstakt emotional getönt)* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Subkategorie 3.11 im Patienten-EA-Muster Experiencing (M = .000, SD = .000) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Connecting (M = .028, SD = .142) ist signifikant entgegengesetzt der hypothetischen Erwartung (Z = 2.07, p < .05, d = -0.23) (vgl. Abb. 38).

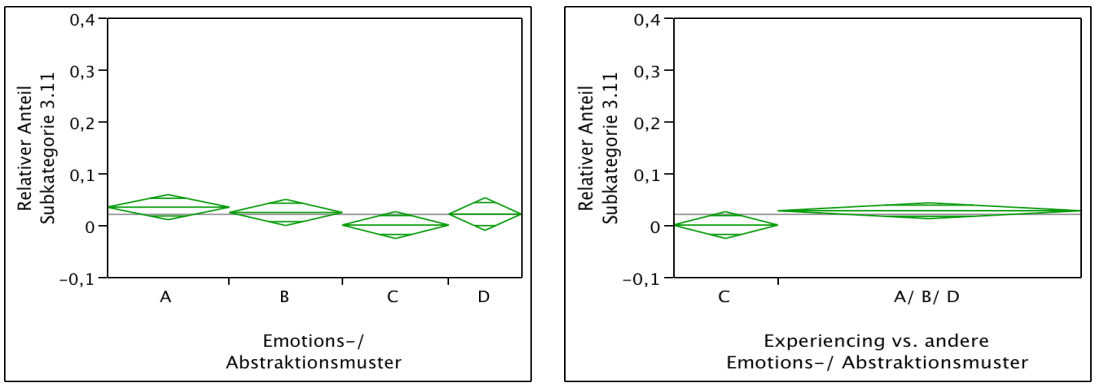

Abb. 38: Relative Anteile der Subkategorie 3.11 - Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstakt emotional getönt) - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 100), B (N = 92), C (N = 87), D (N = 59). **Rechts**: U-Test über C (N = 87) vs. A/ B/ D (N = 251). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Kategorie 4: Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition

Die Interventionen der Kategorie 4 waren über die Patienten-EA-Muster nicht signifikant. Somit kann die Hypothese 4 für die Mikroebene des Patienten nicht bestätigt werden.

Kategorie 5: Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion

Für Kategorie 5 ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Der Vergleich des relativen Anteils von Kategorie 5 im Patienten-EA-Muster Connecting (M = .130, SD = .260) vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing (M = .080, SD = .226) ist signifikant (Z = 2.27, p < .05, d = 0.22) (vgl. Abb. 39). Somit kann die Hypothese 5 für die Mikroebene des Patienten bestätigt werden.

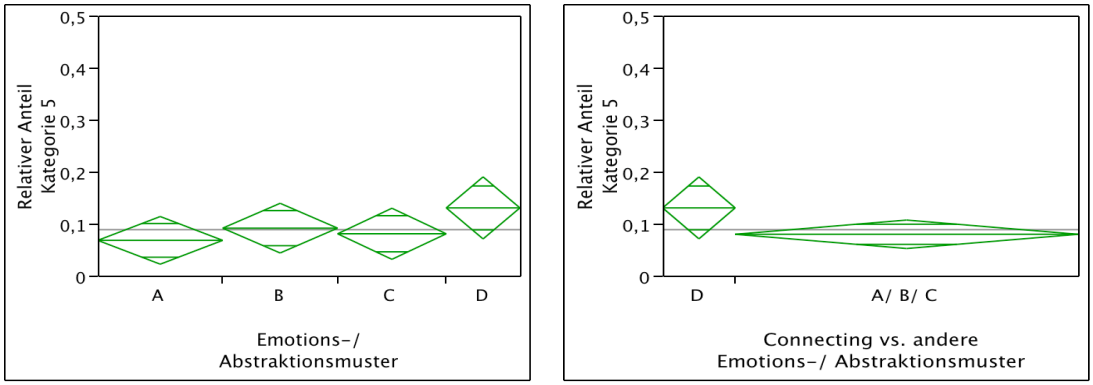

Abb. 39: Relative Anteile der Kategorie 5 - Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 100), B (N = 92), C (N = 87), D (N = 59). **Rechts:** U-Test über D (N = 59) vs. A/ B/ C (N = 279). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Der Vergleich von relativen Anteilen der Subkategorie 5.4 über die Patienten-EA-Muster Relaxing (M = .008, SD = .060), Reflecting (M = .011, SD = .105), Experiencing (M = .023, SD = .151) und Connecting (M = .048, SD = .163) ist hoch signifikant (Chi^2(3, N = 338) = 14.08, p < .01) (vgl. Abb. 40).

Im Patienten-EA-Muster Connecting ist der relative Anteil von Subkategorie 5.4 - *Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt)* - höchst signifikant häufiger enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing (M = .014, SD = .109) (Z = 3.74, p < .001, d = 0.28) (vgl. Abb. 40).

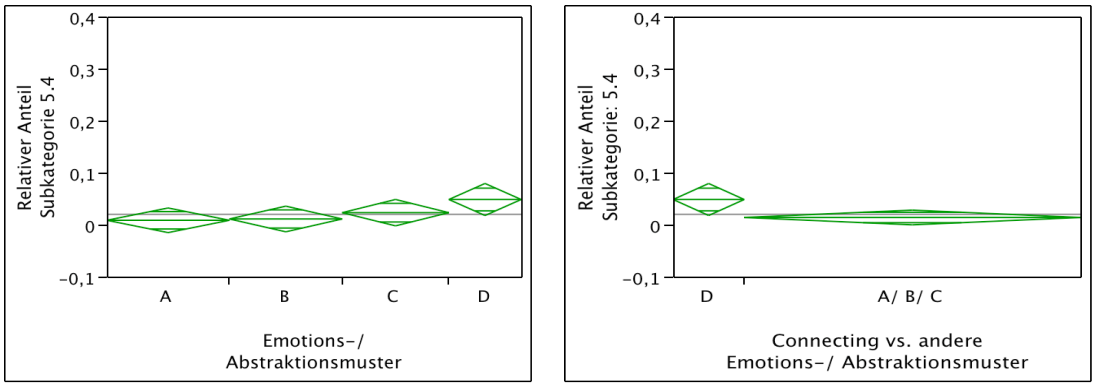

Abb. 40: Relative Anteile der Subkategorie 5.4 - Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt) - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 100$), B ($N = 92$), C ($N = 87$), D ($N = 59$). **Rechts:** U-Test über D ($N = 59$) vs. A/ B/ C ($N = 279$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Subkategorie 5.5 - *Wie Subkategorie 3.10 bzw. 3.11, es gibt jedoch mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung im therapeutischen Redebeitrag* - ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Im Patienten-EA-Muster Connecting ($M = .025$, $SD = .145$) ist der relative Anteil der Subkategorie 5.5 signifikant häufiger enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing ($M = .002$, $SD = .025$) ($Z = 1.73$, $p < .05$, $d = 0.36$) (vgl. Abb. 41).

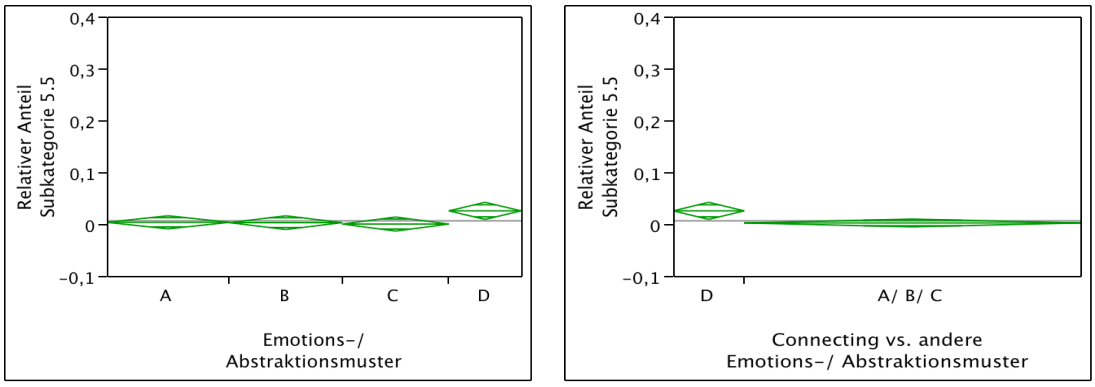

Abb. 41: Relative Anteile der Subkategorie 5.5 - Wie Subkategorie 3.10 bzw. 3.11, es gibt jedoch mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung im therapeutischen Redebeitrag - über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A ($N = 100$), B ($N = 92$), C ($N = 87$), D ($N = 59$). **Rechts:** U-Test über D ($N = 59$) vs. A/ B/ C ($N = 279$). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

Für Kategorie 4+5 ist der Kruskal-Wallis-Test nicht signifikant.

Im Patienten-EA-Muster Connecting ($M = .295$, $SD = .385$) ist signifikant häufiger der relative Anteil der Kategorie 4+5 enthalten vs. der Musterkombination Relaxing/

Reflecting/ Experiencing (M = .207, SD = .340) (Z = 1.83, p < 0.05, d = 0.25) (vgl. Abb. 42). Somit kann die Hypothese 6 für die Mikroebene des Patienten bestätigt werden.

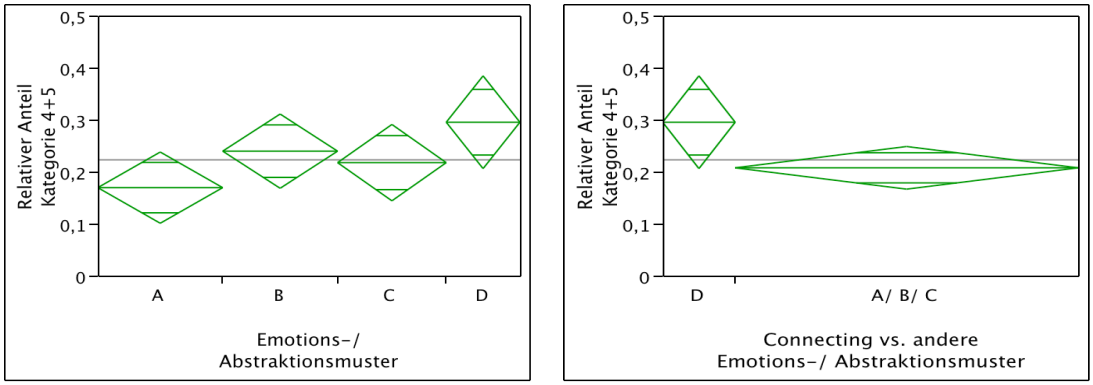

Abb. 42: Relative Anteile der Kategorie 4+5 über die Mikroebene des Patienten. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über A (N = 100), B (N = 92), C (N = 87), D (N = 59). **Rechts:** U-Test über D (N = 59) vs. A/ B/ C (N = 279). A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting

3.4 Zusatzanalyse für Kategorien 4 und 5 für spezifisches Connecting

Es wurde für die relativen Anteile des Auftretens der Kategorie 4 - *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition* - (vgl. Abb. 43) und 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* - (vgl. Abb. 44) im Patienten-EA-Muster Connecting für die Variante, dass sich sequenziell unmittelbar vor oder nach einem Connecting ein Relaxing, Reflecting, Experiencing oder Connecting befindet, für die Mikroebene ein Kruskal-Wallis-Test gerechnet. Aufgrund der grafischen Hinweise aus Abbildung 44 oben links und rechts, die sich für die Kategorie 5 ergaben, wurden explorativ U-Tests gerechnet (vgl. Abb. 44 unten links und rechts).

Der Vergleich des relativen Anteils der Kategorie 5 im Connecting nach einem Experiencing ($M = .213$, $SD = .337$, $N = 20$) im Vergleich zu der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing ($M = .080$, $SD = .226$, $N = 279$) ist signifikant ($Z = 2.43$, $p = .05$, $d = 0.56$) (vgl. Abb. 44 unten links).

Der Vergleich des relativen Anteils der Kategorie 5 im Connecting vor einem Relaxing und Reflecting ($M = .161$, $SD = .296$, $N = 40$) im Vergleich zu der Musterkombination Relaxing/ Reflecting/ Experiencing ($M = .080$, $SD = .226$, $N = 279$) ist signifikant ($Z = 2.50$, $p = .05$, $d = 0.35$) (vgl. Abb. 44 unten rechts).

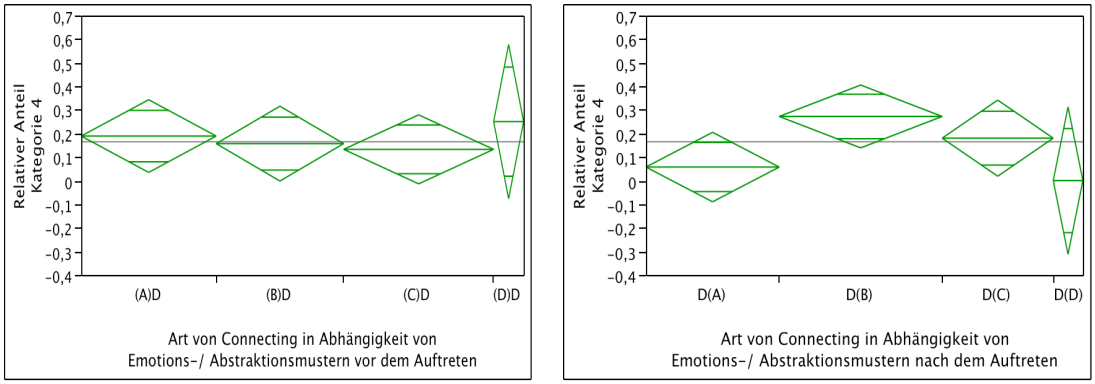

Abb. 43: Kategorie 4: Relative Anteile von Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition für Connecting bei spezifischen Patienten-EA-Mustern vor und nach einem Wortblock seines Auftretens. **Links:** Kruskal-Wallis-Test über (A)D: Relaxing vor Connecting ($N = 18$), (B)D: Reflecting vor Connecting ($N = 17$), (C)D: Experiencing vor Connecting ($N = 20$), (D)D: Connecting vor Connecting ($N = 4$). **Rechts:** Kruskal-Wallis-Test über D(A): Relaxing nach Connecting ($N = 18$), D(B): Reflecting nach Connecting ($N = 22$), D(C): Experiencing nach Connecting ($N = 15$), D(D): Connecting nach Connecting ($N = 4$).

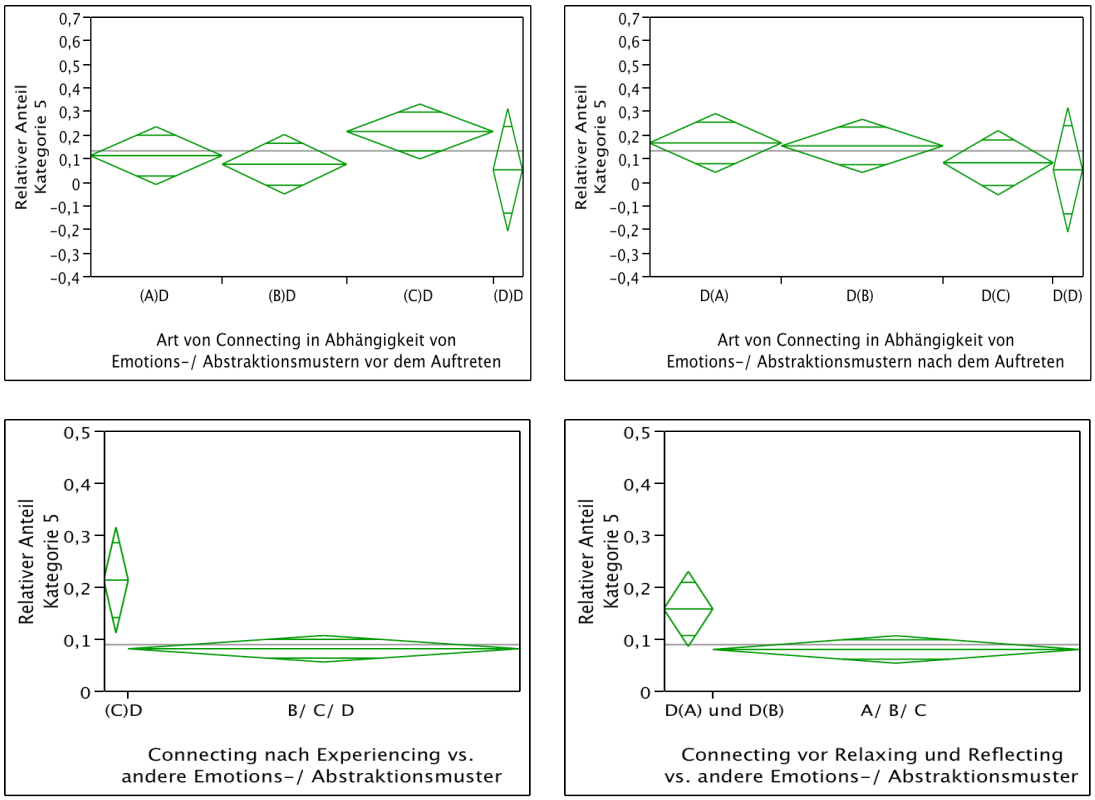

Abb. 44: Kategorie 5: Relative Anteile von Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion für Connecting bei spezifischen Emotions-/ Abstraktionsmustern vor und nach einem Wortblock seines Auftretens. **Links oben:** Kruskal-Wallis-Test über (A)D: Relaxing vor Connecting ($N = 18$), (B)D: Reflecting vor Connecting ($N = 17$), (C)D: Experiencing vor Connecting ($N = 20$), (D)D: Connecting vor Connecting ($N = 4$). **Links unten:** U-Test über (C)D: Experiencing vor Connecting ($N = 20$) vs. A: Relaxing/ B: Reflecting/ C: Experiencing ($N = 279$). **Rechts oben:** Kruskal-Wallis-Test über D(A): Relaxing nach Connecting ($N = 18$), D(B): Reflecting nach Connecting ($N = 22$), D(C): Experiencing nach Connecting ($N = 15$), D(D): Connecting nach Connecting ($N = 4$). **Rechts unten:** U-Test über D(A) und D(B): Relaxing und Reflecting nach Connecting ($N = 40$) vs. A: Relaxing/ B: Reflecting/ C: Experiencing ($N = 279$).

4. Diskussion

Ziel dieser Arbeit war es, Strukturen im therapeutischen Redebeitrag zu finden, wie die emotional-kognitive Regulation von Patienten zu beeinflussen ist, die in Form von EA-Mustern nach Mergenthaler (1996) gemessen wird.

Zur Einstufung von therapeutischen Interventionen wurde ein Kategoriensystem erstellt. Dieses wurde aus dem Paradigma der EA-Muster (Relaxing, Reflecting, Experiencing und Connecting) (Mergenthaler, 1996) abgeleitet. Es ergaben sich folgende Möglichkeiten, Interventionen zu kategorisieren: Kategorie 1 - *Aufforderung zu Fakten*, Kategorie 2 - *Aufforderung zur Kognition*, Kategorie 3 - *Aufforderung zur Emotion*, Kategorie 4 - *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition*, Kategorie 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion*, Kategorie 6 - *Restkategorie.*

Als Kodiereinheit wurde jeweils ein Redebeitrag des Therapeuten gewählt, der als geschlossene Informationseinheit betrachtet werden kann. Die Art der Zusammensetzung bzw. Integration von emotionalen vs. nicht emotionalen Anteilen in einem therapeutischen Redebeitrag wurde als wesentlich angesehen.

Die Kodierregeln wurden aus Theorien der Linguistischen Pragmatik und Kognitionspsychologie abgeleitet. Als linguistisch bedeutsam wurde erachtet, ob ein Redebeitrag eine Aussage oder eine Frage ist bzw. ob die Frage im Indikativ oder Konjunktiv steht oder den Spezialfall einer Sokratischen Frage aufweist. Die Bedeutung dieser Unterscheidung wurde bisher unter anderem in den Arbeiten von Stavemann (2002) und Hahn & Stickel (2000) thematisiert.

Aus dem Bereich der Kognitionspsychologie wurde das Modell des Problemlöseprozesses von Ernst & Newell (1969) und der Primär- und Rezenzeffekt von Ebbinghaus (1992) herangezogen. Beide Theorien betonen die Bedeutung der Sequenz bei Informationsverarbeitungsprozessen. Die Theorie des Problemlöseprozesses geht jedoch stärker auf das Wesen der Verknüpfung von Informationseinheiten ein. Integration und Sequenz können generell als wesentlich in der kognitionspsychologischen Betrachtungsweise angesehen werden. Deshalb wurden sie in der vorliegenden Arbeit in

Bezug auf die Struktur von therapeutischen Redebeiträgen angewendet. Dabei wurde es als bedeutsam erachtet, ob der Redebeitrag aus einer oder aus mehreren semantischen Einheiten besteht. Im letzten Fall handelt es sich um eine Verknüpfung. Ist keine semantische Einheit sprachlich getönt, stellt dies eine kognitive Verknüpfung dar. Sind alle Einheiten getönt (emotional bzw. abstrakt), wird dies als emotionale Verknüpfung bezeichnet. Sind getönte sowie nicht getönte semantische Einheiten vorhanden, stellt der Redebeitrag eine emotional-kognitive Verknüpfung dar und trifft dies zu, ist entscheidend, wie die Tönung in der ersten bzw. letzten semantischen Einheit beschaffen ist.

Ein Interraterreliabilitätstest wurde für die Bestimmung der Kategorien mit einer Dipl.-Psychologin durchgeführt. Dieser lag bei einem Kappa .77 und kann somit als „gut“ angesehen werden.

4.1 Erläuterung der Ergebnisse

Allgemein kann festgestellt werden, dass die statistischen Überprüfungen auf der Makroebene deutlich häufiger signifikante Ergebnisse aufweisen als für die Mikroebene. Noch deutlicher zeigt sich dieser Sachverhalt beim Blick auf die Effektstärken. Außerdem ist erkennbar, dass die Standardabweichungen eine ähnliche Größenordnung wie die Mittelwerte aufweisen. Das bedeutet, dass die Intervention der Therapeuten über die Patienten-EA-Muster der Mikroebene eine größere Streuung zeigt. Die zwei Typen der Segmentierung (Makro- und Mikroebene) entsprechen prinzipiell einem unterschiedlichen Kriterium in der Größe der Worthäufigkeit und des damit verbundenen Zeitabschnittes.

Die Psychotherapiegespräche wurden nach maximal ausgeprägten z-Werten der Variablen Abstraktion und Emotionale Tönung aus den letzten 18 Sitzungen von 10 psychodynamischen Therapien (in jeder jeweils ein Patienten-EA-Muster Relaxing, Reflecting, Experiencing und Connecting) ausgewählt und somit ergaben sich auf der Makroebene 10 Relaxing, 10 Reflecting, 10 Experiencing und 10 Connecting. Die Mikroebene jeder dieser 40 Sitzungen wurde über Wortblöcke erfasst, deren z-Werte für die Variablen Abstraktion und Emotionale Tönung größer als .25 waren. Insofern hatten beide Ebenen der Segmentierung (Makro- und Mikroebene) einen eingeschränkten Gültigkeitsbereich. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, um zu überprüfen, ob überhaupt mögliche Effekte der therapeutischen Interventionen auf die Patienten-EA-Muster nachweisbar sind. Allerdings könnte dieses Verfahren der Selektion der Makro-

EA-Muster dazu geführt haben, dass in den entsprechenden Therapiestunden (mit maximalen z-Werten für Emotionale Tönung und Abstraktion) weniger ausgeprägte Mikrodynamik im Vergleich zu den übrigen Therapiesitzungen vorhanden ist. Beispielsweise für ein Experiencing auf der Makroebene würde es bedeuten, dass diese Sitzungen wegen des höheren emotionalen Anteils eine eingeschränkte Variation der EA-Muster im Mikrobereich aufwiesen. Dies wäre also eine mögliche Erklärung für die geringeren Signifikanzen, niedrigeren Effektstärken und größeren Standardabweichungen. Eine weitere entscheidende Erklärung dieses Befundes wäre, dass die Makroebene, die als Segmente Therapiesitzungen hat, erstens einen „natürlichen“ Anfang und ein „natürliches“ Ende besitzt und zweitens einen größeren Zeitabschnitt umfasst und damit einen wesentlich größeren Textumfang aufweist. Die Mikroebene, also die Aufteilung in Wortblöcke ist eine „künstliche“ Segmentierung mit „künstlichem“ Beginn und Ende. Ein Wortblock besteht aus 200 Wörtern. Dies ergibt sich aus statistischer Ableitung für die Mindestanzahl von Wörtern in einem Wortblock in Bezug auf die Erwartungshäufigkeit der verwendeten Kategorien (Mergenthaler, 1986). Der zeitliche Abschnitt ist demnach mit ungefähr einer Minute je Wortblock wesentlich kleiner als eine Therapiesitzung. Um auch dort signifikante Ergebnisse zu verzeichnen und hohe Effektstärken zu erzielen, müsste die Passung der Segmente und die Interventionen der Therapeutenredebeiträge eine wesentlich stärkere inhaltliche Abstimmung für die Mikroebene des Patienten haben.

Weiterhin fällt auf, dass die Mehrheit der Interventionen, die signifikant wurden und hohe Effektstärken aufweisen, von den Therapeuten unabhängig vom Auftreten der Patienten-EA-Muster am häufigsten verwendet wurden. Dies könnte bestätigen, dass Therapeuten bewusst oder unbewusst wissen, welche Strategien für die Beeinflussung der emotional-kognitiven Regulation hilfreich sind.

Im kommenden Abschnitt wird jede Kategorie mit ihren Subkategorien einzeln diskutiert. Es wird jeweils die Makroanalyse, im zweiten Schritt die Mikroanalyse in Bezug auf die Patienten-EA-Muster und im dritten Schritt werden beide Arten der Segmentierung in Verbindung gebracht. Schließlich wird diskutiert, welche Subkategorien die stärkste Interventionskraft aufweisen. Zur Bewertung der Effektstärke wurde auf Cohen (1988) Bezug genommen, d.h. niedrig: ≥ .2, mittel: ≥ .5, hoch: ≥ .8.

4.1.1 Kategorie 1 - Aufforderung zu Fakten (H1)

Für die Kategorie 1 - *Aufforderung zu Fakten* - wurde die Hypothese aufgestellt, dass diese signifikant häufiger von Therapeuten angewendet wird, wenn Patienten das EA-Muster Relaxing verwenden. Die Effektstärke liegt für die Makroebene im hohen und für die Mikroebene im niedrigen Bereich. Damit kann für die Makro- und Mikroebene die Hypothese bestätigt werden. Der relative Anteil der Interventionen nach Kategorie 1 beträgt 21.17 %.

Subkategorien

Die Subkategorie 1.3 - *Ansprechen eines Sachverhalts ohne Verknüpfung (nicht getönt)* - wird im Makrobereich signifikant mit einer hohen Effektstärke und im Mikrobereich des Patienten hoch signifikant bei einer niedrigen Effektstärke verwendet. Die Subkategorie 1.3 wird mit 85.22 % am häufigsten im Vergleich zu den anderen Subkategorien verwendet (Subkategorie 1.2 - *Inhaltsfragen über Emotionen (unspezifisch)* (1.23 %), Subkategorie 1.1 - *Inhaltsfragen (nicht getönt)* (13.55 %)). Der hohe relative Anteil der Subkategorie 1.3 könnte damit erklärt werden, dass die Narrative in allen zehn Therapien psychodynamische Therapien darstellen, so dass Inhaltsfragen (Subkategorie 1.1 und 1.2) keine typischen psychodynamischen therapeutischen Werkzeuge darstellen. Anzunehmen ist, dass Inhaltsfragen nach dem hier gewählten Klassifikationsprinzip bei einer Kognitiven Verhaltenstherapie oder Gesprächstherapie viel häufiger gebraucht werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das EA-Muster Relaxing evoziert werden kann. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Patienten gezielt therapeutisch angeregt werden können, Fakten bzw. Geschichten in Form von konkreter Sprache mit weniger Tönung und Abstraktion zu berichten. Dieses EA-Muster hat Mergenthaler (2008) aufgrund von empirischen Hinweisen aus Verhaltenstherapiestudien mit arbeits- oder beschäftigungstherapeutischen Maßnahmen bzw. mit Entspannung in Verbindung gebracht. Es zeigte sich, dass therapeutische Aussagen eine Präferenz zum Relaxing haben, die einen faktischen Inhalt besitzen, wenig Tönung beinhalten und nicht mit weiteren semantischen Einheiten verknüpft werden. Der Patient scheint aufgrund des fehlenden Bezugs zu anderen Informationseinheiten nicht zum Reflektieren angeregt zu werden. Insofern sind Aussagen als eine Intervention mit nur einer semantischen Einheit ungeeignet, wenn Reflektion von Sachverhalten des Patienten beabsichtigt wird.

4.1.2 Kategorie 2 - Aufforderung zur Kognition (H2)

Für die Kategorie 2 - *Aufforderung zur Kognition* - wurde die Hypothese erwartet, dass diese signifikant häufiger von Therapeuten angewendet wird, wenn Patienten das EA-Muster Reflecting verwenden. Die Hypothese kann nur für die Makroebene mit einer hohen Effektstärke bestätigt werden. Der relative Anteil der Interventionen nach Kategorie 2 beträgt 19.71 %.

Subkategorien

Im Bereich der Subkategorien sind nur Trends mit geringer Effektstärke zu finden und diese sind außer für die Subkategorie 2.4 - *Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt)* - nur auf der Makroebene zu verzeichnen, ebenfalls für Kategorie 2.1 - *Fragen nach Kognition im Konjunktiv (nicht getönt).*

Die Subkategorie 2.4 - *Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt)* wurde am häufigsten von Therapeuten verwendet (71.69 %) im Vergleich zu den anderen Subkategorien (Subkategorie 2.1 - *Fragen nach Kognition im Konjunktiv (nicht getönt)* (19.05 %), Subkategorie 2.2 - *Fragen nach dem Hintergrund einer kognitiven Prämisse (nicht getönt)* (8.73 %), Subkategorie 2.3 - *Direkte kognitive Anleitung (nicht getönt)* (0.53 %)). Ähnlich wie bei der Intervention *Aufforderung zu Fakten* wurden deutlich häufiger Aussagen gemacht. Es kann angenommen werden, dass Aussagen vom Therapeuten auf die Anwendung sprachlich abstrakter Formulierungen des Patienten eine effektivere Wirkung haben.

Aus den Ergebnissen der Kategorie 2 für die Makro- und Mikroebene kann entnommen werden, dass bei gehäufter Verwendung der Intervention *Aufforderung zur Kognition* das Muster Reflecting zwar hervorgerufen werden kann, allerdings scheint wenig kontrollierbar, ob die Reaktion des Patienten in einem Wortblockzeitfenster geschieht. Anders gesagt, wenn Therapeuten Sinneinheiten nicht emotionalen Inhalts verknüpfen, was in dieser Arbeit als kognitive Verknüpfung bezeichnet wurde, kann beim Patienten das Niveau des Reflektierens ohne emotionalen Aspekt verstärkt werden. Eine unmittelbare sofortige sprachliche Reaktion mit hohem Niveau des sprachlichen Abstrahierens scheint jedoch weniger beeinflussbar zu sein.

4.1.3 Kategorie 3 - Aufforderung zur Emotion (H3)

Für die Kategorie 3 - *Aufforderung zur Emotion* - wurde die Hypothese aufgestellt, dass diese signifikant häufiger von Therapeuten benutzt wird, wenn Patienten das EA-Muster Experiencing verwenden. Es zeigt sich, dass diese Hypothese nur für die Makroebene des Patienten mit einer hohen Effektstärke bestätigt werden kann. Für die Mikroebene ist ein Trend mit niedriger Effektstärke festzustellen. Der relative Anteil der Einstufung der Interventionen der Kategorie 3 beträgt 33.16 %.

Subkategorien

Wesentlich ist, dass für die Kategorie 3 - *Aufforderung zur Emotion* - elf Subkategorien herausgearbeitet wurden. Das ist deutlich häufiger im Vergleich zu anderen Kategorien. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass es auf ganz unterschiedliche Art und Weise möglich ist, den Patienten emotional zu stimulieren. Umso interessanter ist es, herauszukristallisieren, welche Intervention die stärkste Kraft für eine Evozierung von Gefühlen hervorruft. Ebenso wie für die Subkategorien der Kategorie 2 zeigen sich für die Makroebene einige Trends, aber auch ein hoch signifikantes Ergebnis. Für die Mikroebene sind lediglich Trends vorhanden und ein signifikantes Ergebnis der Subkategorie 3.11 - *Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt)* - das allerdings in die entgegengesetzte Richtung der Erwartung geht.

Die Subkategorie 3.1 - *Fragen über Emotionen (emotional getönt)* - hat einen hoch signifikanten Effekt auf der Makroebene des Patienten mit einer hohen Effektstärke des Vergleichs vom EA-Muster Experiencing zu den anderen EA-Mustern, während für die Mikroebene die Effektstärke nahezu nicht vorhanden ist. Die therapeutische Verwendung dieser Intervention von 5.97 % ist im geringeren Bereich der Anwendung anzusiedeln. Dies kann wahrscheinlich eben so gedeutet werden, dass die Therapieart des eingestuften Materials psychodynamischem Charakter entspricht. Insofern wäre aufgrund der hohen Effektstärke der Intervention *Fragen über Emotionen (emotional getönt)* auf der Makroebene zu empfehlen, auch bei psychodynamischen Therapien häufiger Fragen zu stellen, wenn beabsichtigt wird, Patienten Zugang zu ihren Gefühlen zu ermöglichen. Dass Therapeuten die Anwendung von Fragen über Emotionen mit emotionaler Tönung in Patienten-Experiencing-Wortblöcken relativ wenig verwenden, könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass Patienten zunächst darauf mit Abwehrmechanismen reagieren.

Andererseits zeigt die hohe Effektstärke auf der Makroebene wiederum, dass beim häufigen Gebrauch dieser Intervention in einer Sitzung der Patient wahrscheinlich nicht darum herumkommt, sich auf seine Gefühle einzulassen, wenn der Therapeut darauf ausdrücklich beharrt. Der Trend der Subkategorie 3.5 - *Direkte emotionale Anleitung (emotional getönt, abstrakt emotional getönt)* - auf der Makroebene kann ähnlich wie die Ergebnisse der eben beschriebenen Subkategorie 3.1 erklärt werden.

Die Subkategorie 3.3 - *Emotionen werden angesprochen (emotional getönt)* - und Subkategorie 3.4 - *Emotionen werden gedeutet, die nicht reflektiert werden (emotional getönt)* - sind von ähnlicher Struktur mit dem Unterschied, dass die Subkategorie 3.3 nur aus einer emotionalen Phrase besteht, wie z.B. *„ah ja, traurig gewesen“* und die Subkategorie 3.4 aus ganzen Sätzen. Auf der Makroebene sind für beide Subkategorien Trends mit geringen Effektstärken auf das EA-Muster Experiencing zu verzeichnen. Für die Mikroebene stellt nur die Subkategorie 3.4 einen Trend dar. Es sind jedoch für beide Subkategorien geringe Effektstärken vorhanden. Der relative Anteil innerhalb der Kategorie 3 liegt für die Subkategorien 3.3 (20.28 %) und 3.4 (21.38 %) im höchsten Bereich der Anwendung. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass emotionale Deutungen, die nicht mit nicht emotionalen Aspekten verknüpft werden, leichter Zugänge zu Gefühlen ermöglichen. Dass ebenfalls die Verknüpfungen zu anderen Emotionseinheiten nicht erforderlich sind, was als emotionale Verknüpfung in dieser Arbeit bezeichnet wurde, kann daraus abgeleitet werden, dass die Subkategorien 3.9 - *Fragen nach Emotionen (unspezifisch), die mit anderen Emotionen verknüpft werden (abstrakt emotional getönt, emotional getönt)*, 3.10 - *Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt)* - und 3.11 - *Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt)* - nicht signifikant häufiger im Experiencing auftreten und auch keine Trends aufweisen, obwohl 3.9 eine mittlere und 3.10 geringe Effektstärke auf der Makroebene besitzen. Nicht unwesentlich ist, darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse zeigen, dass bei Fragen und Aussagen eine emotional getönte Sprache zur Evozierung von Gefühlen verwendet werden sollte. Dies kann damit begründet werden, dass die Subkategorien 3.6 - *Fragen über Emotionen (abstrakt emotional getönt)*, 3.7 - *Emotionen werden gedeutet, die nicht verknüpft werden (abstrakt emotional getönt)* - und 3.8 - *Emotionen werden angesprochen (abstrakt emotional getönt)*, die nur Emotionalabstrakta beinhalten, keine signifikanten Effekte auf die Makro- und Mikroebene des Patienten

haben und teilweise in die entgegengesetzte Richtung der Erwartung gehen. Mit Verweis auf die Mittelwerte der Tabellen A.1 und A.5 im Anhang wäre sogar überlegenswert, die Subkategorien 3.6, 3.7 und 3.8 der Kategorie 4 - *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition* - bzw. Kategorie 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* - zuzuordnen.

Die Ergebnisse zeigen, dass das EA-Muster Experiencing evozierbar auf der Makro- und Mikroebene des Patienten (wenn auch nur als Trend) ist und Therapeuten von der Intervention *Aufforderung zur Emotion* am häufigsten Gebrauch machen, was einen Hinweis für die Priorität dieser Intervention darstellt. Es scheint die Verwendung von emotional getönter Sprache in therapeutischen Redebeiträgen unbedingt erforderlich zu sein, damit Patienten gelingt, ihre Gefühle sprachlich auszudrücken. Außerdem kann aus den Ergebnissen abgeleitet werden, dass eine therapeutische sprachliche Verknüpfung von Emotionen mit weiteren Aspekten eher vom Nachteil ist, wenn die alleinige Evozierung von Beschreibungen des Gefühlslebens des Patienten beabsichtigt wird.

4.1.4 Kategorie 4 - Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition (H4)

Für die Kategorie 4 - *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition* - wurde die Hypothese aufgestellt, dass diese signifikant häufiger von Therapeuten angewendet wird, wenn Patienten das EA-Muster Connecting verwenden. Es zeigt sich nur ein Trend mit niedriger Effektstärke auf der Makroebene. Der relative Anteil der Interventionen nach Kategorie 4 beträgt 14.23 %.

Subkategorien

Die Effektstärken der Subkategorien sind für die Makro- und Mikroebene für Connecting ebenfalls in einem niedrigen Bereich anzusiedeln. Sokratische Fragen wurden von keinem Therapeuten gebraucht. Auch dies könnte wiederum auf das psychodynamische Datenmaterial zurückführbar sein. Insofern konnte auch nicht die Wirksamkeit dieser Interventionsart getestet werden.

Es kann gezeigt werden, dass es zwar Hinweise gibt, dass mit der Integration von semantischen Einheiten aus emotionalen mit nicht emotionalen Aspekten, was eine emotional-kognitive Verknüpfung darstellt, bei denen die letzte semantische Einheit nicht emotional geprägt ist, emotionale Einsicht hervorgerufen werden kann, unabhängig, ob es

eine Frage bzw. Aussage ist, aber die Stärke des Effekts kann jedoch insgesamt als niedrig angesehen werden.

4.1.5 Kategorie 5 - Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion (H5)

Für die Kategorie 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* - wurde ebenfalls die Hypothese erwartet, dass diese signifikant häufiger von Therapeuten angewendet wird, wenn Patienten das EA-Muster Connecting aufweisen. Die Hypothese kann auf der Makroebene hoch signifikant mit einer hohen Effektstärke und auf der Mikroebene mit einer niedrigen Effektstärke bestätigt werden. Der relative Anteil der Einstufung der Interventionen nach Kategorie 5 beträgt 11.73 %.

Subkategorien

Die Subkategorie 5.1 - *Fragen nach Emotionen (unspezifisch) über Kognition (nicht getönt). Die Kognition wird zuerst angesprochen* - bzw. Subkategorie 5.2 - *Wie Subkategorie 5.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen* - wird signifikant häufiger beim EA-Muster Connecting auf der Makroebene verwendet. Die Effektstärke liegt für Subkategorie 5.1 im hohen und für 5.2 im mittleren Bereich. Die Häufigkeit der Verwendung liegt für Kategorien 5.1 (2.67 %) und 5.2 (0.44 %) eher im unteren Bereich.

Beim Vergleich der Subkategorien zwischen den Kategorien 4 und 5 kann insgesamt festgestellt werden, dass einerseits bedeutsam ist, dass bei einer Integration aus emotionalen vs. nicht emotionalen semantischen Einheiten der emotionale Aspekt erfragt wird, andererseits von Bedeutung ist, dass dieser als letzte semantische Einheit den Redebeitrag abschließt. Auch hier zeigt sich, dass die Effekte der Interventionen auf der Patientenmikroebene sehr gering sind.

Auch für Aussagen kann bei der Betrachtung der signifikanten Ergebnisse der Subkategorie 5.3 - *Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt)* - und der hohen Effektstärke auf der Makroebene festgestellt werden, dass die Intervention ebenfalls geeignet ist, emotionale Einsicht zu evozieren. Die Häufigkeit der Verwendung liegt für Subkategorie 5.3 (62.67 %) im oberen, für 5.4 (19.11 %) und 5.5 (15.11 %) eher im mittleren Bereich. Beim Vergleich der Subkategorien 5.3, 5.4 und 5.5 kann nicht genau herausgearbeitet werden, ob unbedingt die letzte

semantische Einheit emotional getönte Wörter besitzen muss oder ob eine emotional abstrakt getönte Sprache ausreicht.

Es kann somit gezeigt werden, dass die Strategie des Verknüpfens von emotionalen vs. nicht emotionalen Einheiten im Redebeitrag (emotional-kognitive Verknüpfung) mit dem bedeutsamsten Aspekt, dass die letzte Einheit getönt ist, erfolgreich ist, das EA-Muster Connecting zu evozieren. Insofern scheint sich zu bestätigen, dass die Kombination des Problemlöseprozesses nach Ernst und Newell (1969) mit dem Primär- und Rezenzeffekt von Ebbinghaus (1992) in Bezug auf therapeutische Redebeiträge als nützlich für die therapeutischen Interventionen zur Beeinflussung der emotional-kognitiven Regulation angesehen werden kann.

4.1.6 Kategorie 4+5 (H6)

Der Mittelwert der relativen Anteile aus Kategorien 4 und 5 ist hoch signifikant häufiger mit einer hohen Effektstärke auf der Makroebene des Patienten und signifikant auf der Mikroebene mit einer niedrigen Effektstärke im Patienten-EA-Muster Connecting vorhanden. Beide Kategorien sind emotional-kognitive Verknüpfungen. Es kann somit abschließend gezeigt werden, dass beide Hauptstrategien die *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition* und die *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* zur emotional-kognitiven Integration bzw. emotionalen Einsicht des Patienten führen können. Aufgrund der Ergebnisse der analytischen Statistik ist der Kategorie 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* zur Evozierung von emotionaler Einsicht des Patienten den Vorzug zu geben.

4.1.7 Kategorie 6 - Restkategorie

Die Kategorie 6, die keine Intervention nach dem hier vorgestellten Prinzip der emotional-kognitiven Regulation darstellt, beträgt mit 67.78 % eindeutig den größten Anteil aller therapeutischen Redebeiträge. Dies waren Interjektionen wie *„hmhm“*, *„ja-ja“*, *„aha“*, *„ach so“* und *Andeutungen, die nicht erklärt werden (nicht getönt)*. Für die Kategorie 6 wurde keine Hypothese gebildet, da diese auf kein EA-Muster in Bezug auf die Intervention Sinn machte. Der Autor ist der Meinung, dass diese Strategieart von Therapeuten verwendet wird, wenn diese der Meinung sind, dass der Redefluss

aufrechterhalten werden soll. Des Weiteren könnte es sein, dass der Therapeut erst einmal abwartet, zu welchem Verlauf bzw. Richtung der Patient in der Therapie bzw. Sitzung hinstrebt. Allerdings wäre es auch möglich, dass eine zu häufige Verwendung dieser Art von Redebeiträgen auf eine Art von Ratlosigkeit oder Distanz des Therapeuten hindeutet.

4.1.8 Zusatzuntersuchung

Die Ergebnisse der Zusatzuntersuchungen der Kategorien 4 und 5 in Bezug auf die Patienten-EA-Muster vor bzw. nach einem Connecting konnten zeigen, dass die Kategorie 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* am häufigsten bei jenem Connecting verwendet wird, wenn ein Experiencing vor dem Auftreten bzw. ein Relaxing oder Reflecting nach dem Auftreten erfolgt. Das Ergebnis steht deutlich im Einklang mit TCM.

4.2 Methodische Einschränkung

Um mit einer homogenen Stichprobe zu arbeiten und somit Mediator- und Moderatorvariablen zu kontrollieren, wurde die Therapieart (psychodynamische Therapie) konstant gehalten. Dies bedeutet aber zugleich, dass die Ergebnisse nur eingeschränkt auf andere Therapieformen übertragbar sind. Allerdings ist anzumerken, dass die Paradigmen, aus denen das Kategoriensystem besteht (Linguistik, Allgemeine Psychologie) nicht psychodynamischen Inhalts sind, sondern als Therapie übergreifend angesehen werden können.

Da die Auswahl der Patienten-EA-Muster der Makro- und Mikroebene für die Standardisierung (z-Werte) der Abstraktion und Emotionaler Tönung eingeschränkt war, muss darauf hingewiesen werden, dass bei einem Verzicht jener Selektion die Effekte der Makro- und Mikroebene möglicherweise schwächer ausgefallen wären.

Für die Strukturierung von therapeutischen Redebeiträgen wurden bestimmte Regeln herausgearbeitet. Selbstverständlich ist dies nur ein Bruchteil möglicher sprachlicher Strukturen im therapeutischen Redebeitrag, die Einfluss auf die emotional-kognitive Regulation des Patienten nehmen könnten. Die pragmatisch-linguistische Bedeutung wurde in dem Modell der vorliegenden Arbeit nur angedeutet, indem lediglich zwischen Aussagen und Fragen unterschieden wurde. Fragen wurden zusätzlich danach

unterschieden, ob diese im Indikativ bzw. Konjunktiv gestellt wurden. Insofern wäre es durchaus möglich, noch wesentlich mehr Subkategorien herauszuarbeiten. Für die Anwendung des Kategoriensystems wäre dies allerdings möglicherweise eher kontraproduktiv, da das Modell zu unübersichtlich und benutzerunfreundlich werden könnte.

Der Vergleich der therapeutischen Intervention mit der darauf folgenden sprachlichen Reaktion des Patienten ist methodisch eingeschränkt, da die Wortblockgröße der EA-Muster für die Mikroebene 200 Wörter (±10%) umfasst. Somit wäre ein optimaler Vergleich von therapeutischer Intervention über Patienten-EA-Muster, dass unmittelbar nach dem therapeutischen Redebeitrag ein Wortblock nachfolgt, in dem kein therapeutischer Redebeitrag auftritt (sondern nur ein Redebeitrag des Patienten), was einen idealtypischen Ausnahmefall darstellt. Deshalb wurden relative Anteile der Kategorienhäufigkeit für die Wortblöcke (Mikroebene) wie auch für die Therapiestunden (Makroebene) bestimmt. Aufgrund dessen konnte ein Ursache-Wirkungsprinzip zwischen therapeutischer Intervention und EA-Mustern nicht absolut präzise getestet werden.

Bestandteile einer sprachlichen Intervention sind selbstverständlich nicht nur die emotional-kognitive Regulation, sondern auch andere Therapietechniken wie die Therapeutische Allianz usw., auf die in dieser Arbeit nicht eingegangen wurde.

In der vorliegenden Arbeit wurden als Operationalisierung für die emotional-kognitive Regulation des Patienten die EA-Muster nach Mergenthaler (1996) gewählt. Grundsätzlich könnte an dieser methodischen Vorgehensweise kritisiert werden, dass EA-Muster und die emotional-kognitive Regulation des Patienten nicht eindeutig gleichzusetzen sind und die Validierung der Operationalisierung noch lange nicht abgeschlossen ist.

4.3 Schlussfolgerung

Diese Arbeit zeigt, welche spezifischen Interventionen für die Beeinflussung von Patienten-EA-Mustern aufgrund ihrer Signifikanzen und vor allem Effektstärken am einflussreichsten angesehen werden können, um emotional-kognitive Regulation zu induzieren. Dies sind Anleitungen, die mit Greenberg's (2002) Worten als Emotionscoaching (Emotionshilfestellung) bezeichnet werden könnte.

1. Für die Anregung eines EA-Musters Relaxing, welches mit einem konkreten sachlichen Bericht assoziiert ist, wird empfohlen, eine einzelne semantische Einheit in Form eines Aussagesatzes im Indikativ ohne Tönung zu verwenden und diese nicht zu verknüpfen.

2. Für die Anregung eines EA-Musters Reflecting, das mit einem höheren Niveau der Informationsverarbeitung assoziiert ist, wird empfohlen, Fragen im Konjunktiv zu stellen, die nicht getönt sind bzw. Aussagen zu machen, in denen mindestens zwei nicht getönte semantische Einheiten miteinander verknüpft sind.

3. Für die Anregung eines EA-Musters Experiencing, das mit Emotionen, insbesondere Gefühlen assoziiert ist, wird empfohlen, dass die therapeutischen Redebeiträge emotional getönt sind und möglichst kurz und einfach formuliert werden. Ein unnötiges Elaborieren sollte vermieden werden. Fragen haben eine ähnliche Wirkung wie Aussagen.

4. Für die Anregung eines EA-Musters Connecting, welches mit emotionaler Einsicht assoziiert ist, wird empfohlen, Fragen zu stellen, indem zwei semantische Einheiten verknüpft werden. Die erste semantische Einheit ist nicht getönt, in der zweiten wird die Frage in Bezug auf die erste semantische Einheit formuliert und diese sollte getönt sein. Es können Aussagen in Form von Deutungen gemacht werden, indem mindestens zwei semantische Einheiten miteinander verknüpft werden. Die erste Einheit im Redebeitrag sollte nicht getönt und die zweite getönt sein.

5. Es kann nicht verallgemeinert werden, dass Fragen im Vergleich zu Aussagen prinzipiell die größere Interventionskraft haben.

4.4 Ausblick

Das vorgestellte Kategoriensystem kann zur Analyse von therapeutischen Redebeiträgen im Hinblick auf die emotional-kognitive Regulation des Patienten genutzt werden. Das trifft insbesondere auf Personen zu, die sich in einer psychotherapeutischen Ausbildung befinden. Dabei ist keineswegs notwendig, eine ganze Therapie zu transkribieren, sondern es reicht aus, eine als bedeutsam erachtete Stunde auszuwählen. Insofern kann der Psychotherapeut in Ausbildung mikroskopisch überprüfen, wie präzise er interveniert, um das zu erreichen, was er tatsächlich bezweckt. Des Weiteren könnten die herausgearbeiteten sprachlichen therapeutischen Techniken für die Anwendung von

Kurztherapien sinnvoll sein, wo es gilt, schnell und effizient eine Problembewältigung zu erreichen. Ebenfalls ist denkbar, jene vorgestellten Strategien anzuwenden, wenn sich der Patient in einer instabilen Therapiephase befindet (Schiepek, 2003). Mit „instabil“ ist gemeint, dass der Patient vergleichbar mit einer „Kugel auf einer Kuppel“ in verschiedene Richtungen den weiteren Verlauf der Therapie einschlagen kann. Wenn der Therapeut jenen Zustand erkennt, kann dieser durch gezielte Intervention das Therapieziel positiv beeinflussen.

Der nächste empirische Schritt wird sein, das Kategoriensystem auf andere Stichproben anzuwenden. Außerdem sollten Zeitreihenanalysen der Intervention auf Wortblöcke durchgeführt werden. Dabei könnte versucht werden, mit kleineren Wortblockgrößen Untersuchungen zu machen, um besser das angesprochene Ursache-Wirkungsprinzip zu überprüfen.

Weitere Untersuchungen der Struktur von therapeutischen Redebeiträgen in Bezug auf Patienten-EA-Muster sind notwendig, um zu testen, wie eine Evozierung der emotional-kognitiven Regulation bei Patienten hocheffizient beeinflusst werden kann. Dies sollte geschehen, indem das Paradigma des Kategoriensystems mit anderen Theorien der Kognitiven Psychologie erweitert wird. Ebenso vorstellbar wäre, diesbezüglich experimentelle Untersuchungen durchzuführen.

Es ist möglich, für die Anwendung des vorgestellten Kategoriensystems eine Software zu entwickeln, um somit Zeit für ein aufwendiges Rating zu sparen.

5. Zusammenfassung

Ziel dieser Arbeit ist es, aufzuzeigen, wie spezifische verbale Interventionen die emotional-kognitive Regulation von Psychotherapiepatienten beeinflussen. Als unabhängige Größe wird die Klassifikation von Redebeiträgen des Patienten nach Emotions-/Abstraktionsmustern (EA-Muster) herangezogen. Dieser Ansatz geht auf die Resonating Minds Theory von Mergenthaler und deren computergestützte Umsetzung zur Auswertung von Psychotherapietranskripten zurück. Die EA-Muster Relaxing, Reflecting, Experiencing und Connecting entsprechen vier prototypischen Regulationen, gekennzeichnet durch wenig Emotion als auch wenig Reflexion; viel Reflexion, aber wenig Emotion; viel Emotion, aber wenig Reflexion und schließlich viel Emotion und viel Reflexion.

Zur Bewertung der Therapeuteninterventionen hinsichtlich ihrer Wirkung auf die emotional-kognitive Regulation des Patienten wurde entsprechend der Interpretation der EA-Muster eine Operationalisierung zu folgenden Kategorien vorgenommen: *Aufforderung zum Berichten von Fakten*; *Aufforderung zur Kognition*; *Aufforderung zur Emotion*; *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition*; *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion; Restkategorie* (keine spezifische Intervention im Sinne der EA-Muster). Zu jeder Kategorie wurden auch Subkategorien definiert. Als Kodiereinheit wurden die einzelnen Redebeiträge gewählt.

Die Entwicklung des Ratingsystems stützte sich auf Paradigmen der Linguistischen Pragmatik und der Kognitionspsychologie. Entscheidend war, ob ein therapeutischer Redebeitrag aus einer Aussage oder einer im Indikativ oder Konjunktiv formulierten Frage besteht. Ferner wurde auf der Grundlage des Problem-Solving-Process-Modells von Ernst und Newell herausgearbeitet, dass es bedeutsam ist, zwischen Beiträgen mit nur einer semantischen Einheit und den Verknüpfungen von mehreren semantischen Einheiten im Redebeitrag des Therapeuten zu unterscheiden. Dabei ist auch die Konfiguration einer Verknüpfung hinsichtlich der Nennung von Emotion und Kognition zu beachten. Damit ergeben sich vier Verknüpfungsmöglichkeiten: keine Verknüpfung, kognitive Verknüpfung, emotionale Verknüpfung und emotional-kognitive bzw. kognitiv-emotionale Verknüpfung. Für die letztere Unterscheidung bietet der Primär- und Rezenzeffekt von Ebbinghaus eine Grundlage.

Es wurde vorhergesagt, dass eine Aufforderung zum Berichten von Fakten beim Patienten das EA-Muster Relaxing, eine Aufforderung zur Kognition Reflecting, eine Aufforderung zur Emotion Experiencing und schließlich eine Aufforderung, Emotion bzw. Kognition zu integrieren, Connecting bewirkt. Explorativ sollte geklärt werden, ob bei der letzteren Hypothese die Reihenfolge bedeutsam ist.

Zur empirischen Überprüfung wurde eine Stichprobe von 40 Transkripten aus 10 psychodynamischen Therapien (jeweils 4 Stunden) gewählt. Das Rating aller Therapeuteninterventionen wurde mit den computergestützt ermittelten EA-Mustern a) für den gesamten Redebeitrag eines Patienten in einer Stunde (Makroanalyse) und b) für den Redebeitrag eines Patienten in einem Wortblock (Mikroanalyse) verglichen.

Die Ergebnisse belegen, dass die Patienten durchweg häufiger, meist signifikant, auf die spezifischen Interventionskategorien der Therapeuten mit den vorhergesagten EA-Mustern reagiert haben. Neu und in dieser Form bisher nicht beschrieben ist der Befund, dass die Intervention *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* mit einem deutlich höheren Effekt Patienten zum Gebrauch des EA-Musters Connecting bewegt, als die Intervention *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition.*

Mit den Ergebnissen dieser Arbeit ist ein weiterer Nachweis erbracht, dass die EA-Muster, wie schon in anderen Studien gezeigt, valide im Hinblick auf ihre Interpretation für psychotherapeutische Veränderungsprozesse sind. Umgekehrt kann das hier erarbeitete Kategoriensystem und seine Operationalisierung als geeignet zur Beurteilung von Therapeuteninterventionen angesehen werden. Als wichtigstes Ergebnis kann jedoch festgehalten werden, dass durch gezielte Wahl der Intervention Therapeuten Einfluss nehmen können auf die emotional-kognitive Regulation des Patienten und damit die Möglichkeit besitzen, gezielt therapeutische Veränderungen zu bewirken. Das aus der Resonating Minds Theory von Mergenthaler abgeleitete Therapeutische Zyklusmodell könnte hierzu einen schulenunabhängigen Rahmen liefern. Die hier vorgestellte Studie beschränkte sich auf psychodynamisch orientiertes Material. Das entwickelte Kategoriensystem ist jedoch ebenfalls schulenunabhängig und bietet somit eine gute Möglichkeit, in weiteren Studien und am Material aus anderen Therapierichtungen schulenübergreifende Grundlagen therapeutischer Veränderung zu messen.

6. Literatur

1) Anderson CW, McMaster GE: Objective analysis of emotional tone in stories and poems: Journal of the Association for Literary and Linguistic Computing 3: 45-51 (1982)

2) Anderson CW, McMaster GE: Modelling emotional tone in stories using tension levels and categorical states. Computer and the Humanities 20: 3-9 (1986)

3) Anderson CW, McMaster GE: The emotional tone of foreground lines of poetry in relation to background lines. Journal of the Association for Literary and Linguistic Computing 5: 226-228 (1990)

4) Andreasen NC: Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reliability. (SANS-Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Archieves of General Psychiatry 39: 784-788 (1982)

5) Austin JL: Zur Theorie der Sprechakte. Deutsche Fassung von Eike von Savigny. Reclam, Stuttgart (1962)

6) Bales RF: A set of categories for the analysis of small group interaction. American Sociological Review 15: 257-263 (1950)

7) Benjamin LS: Use of structural analysis of social behavior (SASB) and Markov chains to study dyadic interactions. Journal of Abnormal Psychology 88: 303-319 (1979)

8) Bennet WR: How Artificial is Intelligence? American Scientist 65: 694-702 (1977)

9) Berelson J: Content analysis in communication research. Glencoe, III: Free Press (1952)

10) Bergin AE, Garfield SL: Handbook of psychotherapy and behavior change, 7. Aufl., Wiley, Oxford (2004)

11) Bion WR: Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Klett, Stuttgart (1971)

12) Böhmer M: Forensische Psychotherapieforschung: Eine Einzelfallstudie. Herbolzheim, Centaurus (2001)

13) Böhmer M, Mergenthaler E, Pfäfflin F: Veränderungsprozesse im Verlauf der Psychotherapie eines wegen Sexualdelikten im Maßregelvollzug untergebrachten Patienten. Psychiatrische Praxis 30: 145-151 (2003)

14) Bommert H, Dahlhoff HD: Das Selbsterleben (Experiencing) in der Psychotherapie. Urban und Schwarzenberg, München (1978)

15) Bordin ES: Free association: An experimental analogue of the psychoanalytic situation. In: Gottschalk LH, Auerbach AH (Hrsg.), Methods of research in psychotherapy. Appleton-Century-Crofts, New York, S. 189-208 (1966)

16) Brickenkamp R: d-2 Aufmerksamkeits-Belastungstest. Hogrefe, Göttingen (1972)

17) Bucci W: Psychoanalysis and cognitive science. A multiple code theory. Guilford, New York (1997)

18) Bucci W: Pathways of Emotional Communication. Psychoanalytic Inquiry 21: 40-70 (2001)

19) Buchheim A, Mergenthaler E: The Relationship among Attachment Representation, Emotion-Abstraction Patterns, and Narrative Style: A Computer-Based Text Analysis of the Adult Attachment Interview. Psychotherapy Research 10: 390-407 (2000)

20) Castonguay LG, Hill CE: Insight in Psychotherapy. American Psychological Association, Washington, DC (2006)

21) Charon R, Green MG, Adelmann RD: Multi-dimensional interaction analysis: A collaborative approach to the study of medical discourse. Social Science and Medicine 39: 955-965 (1994)

22) CM - the Cycles Model software (Version 2.5). Sektion Informatik in der Psychotherapie, Universität Ulm (2006)

23) CM - the Cycles Model software (Version 4.0). Sektion Informatik in der Psychotherapie, Universität Ulm (2008). Abrufbar unter: http://cm.medizin.uni-ulm.de/

24) Cohen J: A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement 20: 37-46 (1960)

25) Cohen J: Statistical power analysis for the behavioral sciences. Erlbaum, Hillsdale New York (1988)

26) Collins AM, Loftus EF: A spreading-activation theory of semantic processing. Psychological Review 82: 407-428 (1975)

27) Czogalik D, Hettinger R: Mehrebenenanalyse der psychotherapeutischen Interaktion: Eine Verlaufsstudie am Einzelfall. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 17: 31-35 (1988)

28) Czogalik D: Psychotherapie als Prozess: Mehrebenenanalytische Untersuchung zur Struktur und Verlauf psychotherapeutischer Interaktionen. Medizinische Habilitationsschrift, Universität Ulm (1989)

29) Damasio AR: Emotion in the perspective of integrated nervous system. Brain Research Reviews 26: 83-86 (1998)

30) Damasio AR: Ich fühle, also bin ich: Die Entschlüsselung des Bewusstseins. List, München (2001)

31) Damasio AR, Adolphs R, Damasio H: The contributions of the lesion method to the functional neuroanatomy of emotion. In: RJ Damasio, KR Scherer, HH Goldsmith (Hrsg.), Handbook of Affective Sciences. Oxford University Press, Oxford, S. 62-92 (2003)

32) Davidson RJ, Irwin W: The functional neuroanatomy of emotion and affective style. Trends in Cognitive Science 3: 11-21 (1999)

33) Deichsel A: Elektronische Inhaltsanalyse: Zur quantitativen Beobachtung sprachlichen Handelns. Springer, Berlin (1975)

34) Dollard J, Mowrer OH: A method of measuring tension in written documents: The Journal of Abnormal and Social Psychology 42: 3-32 (1947)

35) Ebbinghaus H: Über das Gedächtnis. Untersuchungen zur experimentellen Psychologie, 1. Aufl. (1885). Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt (1992)

36) Ernst GW, Newell A: GPS: A case study in generality and problem solving. Academic Press, New York (1969)

37) Eysenck HJ: The effects of psychotherapy: An evaluation. Journal of Consulting Psychology 16: 319-324 (1952)

38) Fiore D, Conti L, Nicolò G, Pedone R, Popolo R, Semerari A, Carcione A: Intervention on Metacognition Scale (IMES): A pilot study. In: Society for Psychotherapy Research (Hrsg.), Book of Abstracts: From Research to Practice. Ulmer Textbank, Ulm, S. 180 (2006)

39) Fontao MI, Mergenthaler E: Das Therapeutische Zyklusmodell: Eine Evaluation im gruppenpsychotherapeutischen Setting. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 41: 356-378 (2005)

40) Gelo O: Metaphors and Emotional-Cognitive Regulation in Psychotherapy: A Single-case Analysis. Biol. Hum. Dissertation, Universität Ulm (2007)

41) Georg C, West M, Pettem O: The Adult Attachment Projective: disorganization of adult attachment at the level of representation. In: Solomon J, George C (Hrsg) Attachment disorganisation. Guilford, New York, S. 462-507 (1999). Bilder abrufbar unter: http://www.attachmentprojective.com/background.html

42) Grawe K: Research informed psychotherapy. Psychotherapy Research 7: 1-19 (1997)

43) Grawe K, Caspar F: Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: Baumann U (Hrsg.), Psychotherapie: Makro- und Mikroperspektiven. Hogrefe, Göttingen, S. 177-197 (1984)

44) Gray JA: The neuropsychology of anxiety. Oxford University Press, New York (1982)

45) Greenberg L, Pascual-Leone J: A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. Journal of Constructivist Psychology 14: 165-186 (2001)

46) Greenberg L: Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through feelings. American Psychological Association, Washington, DC (2002)

47) Greenberg LS: Emotionszentrierte Therapie. Ein Überblick. Psychotherapeutenjournal 4: 324-337 (2005)

48) Greenberg LS, Rice LN, Elliot R: Facilitating emotional change: The moment by moment process. Guilford Press, New York (1993)

49) Greenberg LS, Safran JD: Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the emotions in psychotherapy. Guilford Press, New York (1987)

50) Grice HP: Logik und Konversation. In: Meggle G (Hrsg.), Handlung, Kommunikation, Bedeutung. Suhrkamp, Frankfuhrt/Main, S. 243-265 (1979)

51) Griffin DW, Bartholomew K: The Metaphysics of Measurement: The case of adult attachment. Advances in Personal Relationships 5: 17-52 (1994)

52) Guidano VF: The self process. Guilford Press, New York (1991)

53) Habermas J: Theorie der kommunikativen Kompetenz. 2 Bände. Suhrkamp, Frankfuhrt/Main (1980)

54) Hahn RM, Stickel N: Gut gefragt ist fast gewonnen: Erfolgreiche Fragetechniken für Beruf und Privatleben. Rowohlt, Reinbeck (2000)

55) Haken H, Schiepek G: Synergetik in der Psychologie. Hogrefe, Göttingen Bern Wien Toronto Seattle Oxford Prag (2006)

56) Hege G: Einfache Bedeutungskategorien: Ein Beitrag zur computergestützten Textanalyse psychotherapeutischer Texte. Springer, Berlin Heidelberg New York London Paris Tokyo (1987)

57) Henken VJ: Banality Reinvestigated: A Computer-Based Content Analysis of Suicidal and Forced Death Documents. Suicide 6: 36-43 (1976)

58) Hill CE: An overview of the Hill counsellor client verbal response modes category systems. In: Greenberg LS, Pinsof WM (Hrsg.), The psychotherapeutic process: A research handbook. Guilford, New York, S. 131-159 (1986)

59) Hohage R: Empirische Untersuchungen zur Theorie der emotionalen Einsicht. Medizinische Habilitationsschrift, Universität Ulm (1987)

60) Hölzer M, Scheytt N, Mergenthaler E, Kächele H: Der Einfluss des Settings auf die therapeutische Verbalisierung von Affekten. Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 44: 382-389 (1994)

61) Horowitz MJ: States of Mind. Configurational analysis of Individual Psychology. Plenum Press, New York London (1987)

62) Hugdahl K, Davidson RJ: The asymmetrical brain. MIT Press, Cambridge, MT (2003)

63) JMP (Version 6.0.2): SAS Institute Inc, Cary NC (2006). Abrufbar unter: http:// www.jmp.com/

64) Jones EJ: Therapeutic Action: A Guide to Psychoanalytic Therapy. Jason Aronson, Lanham (2001)

65) Karasu TB: The Specificity vs. Non-Specificity Dilemma: Toward Identifying Therapeutic Change Agents. American Journal of Psychiatry 143: 687-695 (1986)

66) Käsermann ML, Altorfer A: Sprachproduktion im therapeutischen Kontext. In: Herman T, Grabowski J (Hrsg.), Enzyklopädie der Psychologie. Sprachproduktion. Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle, S. 877-898 (2003)

67) Kracauer S: The challenge of qualitative content analysis. Public Opinion Quarterly, 16: 631-642 (1952)

68) Kraemer S, Lihl M, Mergenthaler E: Schlüsselstunden im Verlauf kognitiver Verhaltenstherapie von schizophrenen Patienten: Ein Beitrag zur Prozessforschung. Verhaltenstherapie 17: 90-99 (2007)

69) Krippendorff K: Measuring the Reliability of Qualitative Text Analysis Data: Quality & Quantity. International Journal of Methodology 38: 787-800 (2004)

70) Kris E: On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. The International Journal of Psychoanalysis 37: 445-455 (1956)

71) Kriz J: Grundkonzepte der Psychotherapie, 4. Aufl., BeltzPVU, Weinheim (2001)

72) Kupper S: Partizipationsstrukturen im psychotherapeutischen Prozess. Peter Lang, Frankfurt/Main (1997)

73) Laffal J: Psycholinguistics and the Psychology of Language. American Psychologist 19: 813-815 (1964)

74) Landnis JR, Koch GG: The measurement of observer agreement for categorical data. Biometrics 33: 159-174 (1977)

75) Ledoux JE: Emotion circuits in the brain. Annual Review in Neuroscience 23: 155-184 (2000)

76) Ledoux JE: Das Netz der Gefühle: Wie Emotionen entstehen. Hanser, München (2001a)

77) Ledoux JE: Das Netz der Persönlichkeit: Wie unser Selbst entsteht. Walter, Düsseldorf (2001b)

78) Lepper G, Mergenthaler E: Observing therapeutic interaction in the “Lisa Case”. Psychotherapy Research (2008). Angenommen am 11. Februar 2008 in http://www.informaworld.com/10.1080/10503300701442001

79) Lerner D: A scale pattern of opinion correlates: Communication networks, media exposure, and concomitant responses. Sociometry 16: 266-271 (1953)

80) Lisch R, Kriz J: Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse. Rowohlt, Reinbeck (1978)

81) Luborsky L: Clinician’s judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. Bulletin of Menninger Clinic 35: 448-480 (1975)

82) MacKenzie KR: Klinische Berücksichtigung von Phasen der Gruppen-entwicklungen. In: Tschuschke V (Hrsg.), Praxis der Gruppenpsychotherapie, Thieme, Stuttgart, S. 134-139 (2001)

83) MacKenzie KR, Burlingame G, Strauss, B: Zum aktuellen Stand der Gruppenpsychotherapieforschung. Gruppendynamik und Gruppenpsychotherapie 38: 111-131 (2002)

84) Mahoney M: Human change processes. Basic Books, New York (1991)

85) Markus P : Konnektionismus und Kognition. Kohlhammer, Stuttgart (2004)

86) Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, 7. Aufl., Deutscher Studienverlag, Weinheim (2000a)

87) Mayring P: Qualitative Inhaltsanalyse [28 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research. Online Journal, 1 (2000b). Abrufbar über: http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/2-00inhalt-d.htm [Zugriff: 12, 06, 2007]

88) Mergenthaler E: Die Ulmer Textbank: Entwurf und Realisierung eines Textbankverwaltungssystems als Beitrag der Angewandten Informatik zur Forschung in der Psychoanalyse. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokyo (1986)

89) Mergenthaler E: Die Transkription von Gesprächen: Eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript, 3. Aufl., Ulmer Textbank, Ulm (1992)

90) Mergenthaler E: TAS/C User Manual. Ulmer Textbank, Ulm (1993)

91) Mergenthaler E: Emotion-Abstraction Patterns in Verbatim Protocols: A New Way of Describing Psychotherapeutic Processes. Journal of Consulting and Clinical Psychology 64: 1306-1318 (1996)

92) Mergenthaler E: Cycles of Emotion-Abstraction Patterns: A Way of Practice Oriented Process Research? The British Psychological Society - Psychotherapy Section Newsletter 24: 16-29 (1998)

93) Mergenthaler E: (2006 persönliche Mitteilung)

94) Mergenthaler E: Resonating Minds. A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. Psychotherapy Research 18: 109-126 (2008)

95) Neimeyer R, Mahoney M: Constructivism in psychotherapy. American Psychological Association, Washington, DC (1995)

96) Nessa J, Malterud K: Discourse analysis in general practice: A sociolinguistic approach. Family Practice 7: 77-83 (1990)

97) Overall JE, Gorham DR: The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports 10: 799-812 (1962)

98) Pascual-Leone J: An essay on wisdom: Toward organismic processes that make it possible. In: Sternberg RJ (Hersg.), Wisdom: Its nature, origins, and development. Cambridge University Press, New York, S. 244-278 (1990)

99) Pascual-Leone J: Emotions development and psychotherapy: A dialectical constructivist perspective. In Safran J, Greenberg L (Hrsg.), Emotion, psychotherapy and change. Guilford, New York, S. 302-335 (1991)

100) Pfeiffer K: Kognitive Leistungsunterschiede nach expressiven Schreiben vs. Sprechen. Medizinische Dissertation, Universität Ulm (2007)

101) Piaget J: Recherches sur l'abstraction réfléchissante. Presses Universitaires de France, Paris (1977)

102) Posperschill M: Konnektionismus und Kognition. Kohlhammer, Stuttgart (2004)

103) Potter JA: Qualitative and discourse analysis. In: Schooler NR (Hrsg.), Comprehensive clinical psychology, Bd. 3: Research and methods. American Books, Oxford (1998)

104) Raimy VC: Self reference in counselling interviews. American Psychological Association 12: 153-163 (1948)

105) Rizzolatti G, Fogassi L, Gallese V: Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation of action. Nature Reviews Neurosience 2: 661-670 (2001)

106) Ruoff A: Häufigkeitswörterbuch gesprochener Sprache. Niedermeyer, Tübingen (1981)

107) Sandhöfer-Sixel J: Modalität und Sprache - Ausdrucksformen subjektiver Bewertung in einem lokalen Substandard des Westmitteldeutschen. Steiner, Wiesbaden (1988)

108) Schneider H: Auf dem Weg zu einem neuen Verständnis des psychotherapeutischen Prozesses. Huber, Bern Stuttgart Wien (1983)

109) Schiepek G: Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart New York (2003)

110) Searle JR: Expression and meaning. Cambridge University Press, Cambridge, MA (1979)

111) Stavemann J: Sokratische Gesprächsführung in Therapie und Beratung. Beltz, Weinheim Basel Berlin (2002)

112) Stiles WB: Verbal response models and dimensions of interpersonal roles: A method of discourse analysis. Journal of Abnormal & Social Psychology 36: 693-703 (1978)

113) Stone PJ, Dunphy DC, Marshall S: The General Inquirer: A computer approach to content analysis. M.I.T. Press, Oxford (1966)

114) Strauss B, Burgmeier-Lohse M, Rohweder R, Wienands H: Die Kieler Gruppenpsychotherapie-Prozess-Skala (KGPPS) zur Fremdbeurteilung therapeutischer Faktoren in der Gruppenpsychotherapie. In: Strauss B, Eckert J, Tschuschke V (Hrsg.), Methoden der Gruppenpsychotherapieforschung. Ein Handbuch. Westdeutscher Verlag, Opladen, S. 129-139 (1996)

115) Strong SR: Counselling: An interpersonal influence process. Journal of Counseling Psychology 15: 215-224 (1986)

116) Ten Have P: Medical ethnometodology: An Overview. Human Studies 18: 245-261 (1995).

117) Vaitel D, Schienle A, Stark R: Emotionen der Psychotherapie: Beiträge des Neuroimaging. In: Schiepek G (Hrsg.), Neurobiologie der Psychotherapie. Schattauer, Stuttgart, S. 158-185 (2003)

118) Walter S, Mergenthaler E, Holzer M: The relationship between linguistic emotion-abstraction patterns and attachment. In Society for Psychotherapy Research (Hrsg.), Book of Abstracts: From Research to Practice. Ulmer Textbank, Ulm, S. 180 (2006)

119) Watson J, Greenberg L: Emotion and cognition in experiential therapy: A dialectical-constructivist position. In Rosen H, Kuelwein K (Hrsg.), Constructing realities: Meaning-making perspectives for psychotherapists. Jossey-Bass, San Francisco, S. 253-276 (1996)

120) Weber RB: Basic Content Analysis, 2. Aufl., Series: Quantitative Applications in the Social Sciences. A Sage University Papper, New Park London New Delhi (1990)

121) White RK: Value analysis: A quantitative method for describing qualitative data. Journal of Social Psychology 19: 351-358 (1944)

122) Zerssen D: Die Paranoid-Depressivitätsskala. Beltz, Weinheim (1976)

Anhang

Anhang A: Tabellen 89
Anhang B: Textanalytischer Ablauf zur Bestimmung der Kategorien bzw. Subkategorien 95
Anhang C: Beispiele für Therapeutensprechakte, die nach dem im Kapitel 2.2.1 vorgestellten Kategoriensystem eingestuft wurden 98

Anhang A: Tabellen

Tabelle A.1: Übersicht über die Anzahl der eingestuften Redebeiträge (totale und relative Anteile) in Kategorien 1 bis 6 (Prozentwerte ohne Klammern: 1 bis 5, mit Klammern: 1 bis 6) und Subkategorien (Prozentwerte beziehen sich auf die Kategorie).

	Kategorie bzw. Subkategorie	Total	%
Kategorie 1	**Aufforderung zu Fakten**	**406**	**21.17 (6.82)**
Subkategorie 1.1	Inhaltsfragen (nicht getönt).	55	13.55
Subkategorie 1.2	Inhaltsfragen über Emotionen (unspezifisch).	5	1.23
Subkategorie 1.3	Ansprechen eines Sachverhalts ohne Verknüpfung (nicht getönt).	346	85.22
Kategorie 2	**Aufforderung zur Kognition**	**378**	**19.71 (6.35)**
Subkategorie 2.1	Fragen nach Kognition im Konjunktiv (nicht getönt).	72	19.05
Subkategorie 2.2	Fragen nach dem Hintergrund einer kognitiven Prämisse (nicht getönt).	33	8.73
Subkategorie 2.3	Direkte kognitive Anleitung (nicht getönt).	2	0.53
Subkategorie 2.4	Deutung mit Verknüpfung (nicht getönt).	271	71.69
Kategorie 3	**Aufforderung zur Emotion**	**636**	**33.16 (10.69)**
Subkategorie 3.1	Fragen über Emotionen (emotional getönt).	38	5.97
Subkategorie 3.2	Fragen nach Emotionen (nicht getönt).	21	3.30
Subkategorie 3.3	Emotionen werden angesprochen (emotional getönt).	129	20.28
Subkategorie 3.4	Emotionen werden gedeutet, die nicht reflektiert werden (emotional getönt).	136	21.38
Subkategorie 3.5	Direkte emotionale Anleitung (emotional getönt, abstrakt emotional getönt).	11	1.73
Subkategorie 3.6	Fragen über Emotionen (abstrakt emotional getönt).	77	12.11
Subkategorie 3.7	Emotionen werden gedeutet, die nicht verknüpft werden (abstrakt emotional getönt).	53	8.33
Subkategorie 3.8	Emotionen werden angesprochen (abstrakt emotional getönt).	0	0.00
Subkategorie 3.9	Fragen nach Emotionen (unspezifisch), die mit anderen Emotionen verknüpft werden (abstrakt emotional getönt, emotional getönt).	7	1.10
Subkategorie 3.10	Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt).	118	18.55
Subkategorie 3.11	Emotionale Deutung (abstrakt emotional getönt, emotional getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt).	46	7.23

Kategorie 4	**Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition**	**273**	**14.23 (4.59)**
Subkategorie 4.1	Fragen nach Kognition (nicht getönt) über Emotionen (unspezifisch). Die Kognition wird zuerst angesprochen.	3	1.10
Subkategorie 4.2	Wie Subkategorie 4.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen.	3	1.10
Subkategorie 4.3	Emotionale Deutung (emotional getönt, abstrakt emotional getönt) mit nicht emotionaler Verknüpfung (nicht getönt).	201	73.63
Subkategorie 4.4	Sokratische Fragen (abstrakt emotional getönt, emotional getönt).	0	0.00
Subkategorie 4.5	Wie Subkategorie 2.4, es gibt jedoch mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung im therapeutischen Redebeitrag.	65	23.81
Kategorie 5	**Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion**	**225**	**11.73 (3.78)**
Subkategorie 5.1	Fragen nach Emotionen (unspezifisch) über Kognition (nicht getönt). Die Kognition wird zuerst angesprochen.	6	2.67
Subkategorie 5.2	Wie Subkategorie 5.1. Die Emotion wird zuerst angesprochen.	1	0.44
Subkategorie 5.3	Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (emotional getönt).	141	62.67
Subkategorie 5.4	Nicht emotionale Deutung (nicht getönt) mit emotionaler Verknüpfung (abstrakt emotional getönt).	43	19.11
Subkategorie 5.5	Wie Subkategorie 3.10 bzw. 3.11, es gibt jedoch mindestens eine emotional-kognitive Verknüpfung im therapeutischen Redebeitrag.	34	15.11
Kategorie 6	**Restkategorie**	**4034**	**(67.78)**
Subkategorie 6.1	Interjektionen, außer HmHm-Beiträge (vgl. Subkategorie 6.3) (nicht getönt)	1214	30.09
Subkategorie 6.2	Andeutungen, die nicht erklärt oder reflektiert werden und Abschiedsszenen (nicht getönt)	785	19.46
Subkategorie 6.3	HmHm-Beiträge	2035	50.45

Tabelle A.2: Relative Anteile der Kategorien bzw. Subkategorien über Patienten-EA-Muster der Makroebene (Kruskal-Wallis-Test).

	EA-Muster				**Kruskal-Wallis-Test**
	A ***N* = 10** ***M (SD)***	**B** ***N* = 10** ***M (SD)***	**C** ***N* = 10** ***M (SD)***	**D** ***N* = 10** ***M (SD)***	***Chi*²** **(*df* = 3)**
Kategorie 1	**.304 (.177)**	**.234 (.081)**	**.191 (.068)**	**.112 (.076)**	**13.40****
Subkategorie 1.1	.048 (.060)	.026 (.042)	.028 (.024)	.030 (.062)	2.98
Subkategorie 1.2	.002 (.005)	.004 (.010)	.003 (.008)	.000 (.000)	0.00
Subkategorie 1.3	.255 (.143)	.203 (.086)	.160 (.055)	.082 (.061)	13.44**
Kategorie 2	**.217 (.178)**	**.292 (.184)**	**.158 (.052)**	**.171 (.128)**	**5.03**
Subkategorie 2.1	.036 (.059)	.050 (.050)	.024 (.024)	.036 (.035)	2.39
Subkategorie 2.2	.016 (.018)	.007 (.015)	.019 (.028)	.013 (.016)	2.42
Subkategorie 2.3	.000 (.000)	.003 (.009)	.001 (.003)	.000 (.000)	2.05
Subkategorie 2.4	.165 (.067)	.232 (.199)	.114 (.050)	.123 (.098)	5.42
Kategorie 3	**.254 (.149)**	**.254 (.148)**	**.397 (.070)**	**.375 (.088)**	**10.10***
Subkategorie 3.1	.008 (.011)	.016 (.028)	.043 (.044)	.022 (.035)	8.33*
Subkategorie 3.2	.003 (.006)	.007 (.011)	.022 (.039)	.008 (.015)	1.63
Subkategorie 3.3	.059 (.064)	.053 (.042)	.075 (.052)	.050 (.054)	2.04
Subkategorie 3.4	.049 (.062)	.036 (.031)	.092 (.078)	.093 (.080)	5.29
Subkategorie 3.5	.006 (.015)	.003 (.009)	.009 (.013)	.008 (.017)	2.22
Subkategorie 3.6	.041 (.038)	.031 (.040)	.028 (.040)	.030 (.023)	1.28
Subkategorie 3.7	.021 (.024)	.015 (.017)	.023 (027)	.052 (.058)	3.45
Subkategorie 3.8	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00
Subkategorie 3.9	.000 (.000)	.002 (.005)	.006 (.013)	.001 (.004)	2.65
Subkategorie 3.10	.045 (.056)	.057 (.057)	.081 (.064)	.069 (.052)	3.20
Subkategorie 3.11	.021 (.024)	.034 (.051)	.018 (.036)	.042 (.077)	1.65
Kategorie 4	**.139 (.095)**	**.126 (.077)**	**.137 (.074)**	**.168 (.060)**	**2.20**
Subkategorie 4.1	.002 (.005)	.001 (.004)	.001 (.004)	.000 (.000)	1.06
Subkategorie 4.2	.000 (.000)	.002 (.009)	.000 (.000)	.004 (.009)	3.72
Subkategorie 4.3	.097 (.070)	.076 (.048)	.106 (.058)	.116 (.062)	2.68
Subkategorie 4.4	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00
Subkategorie 4.5	.038 (.037)	.046 (.039)	.028 (.048)	.047 (.074)	2.61
Kategorie 5	**.089 (.071)**	**.095 (.060)**	**.118 (.063)**	**.173 (.058)**	**8.83***
Subkategorie 5.1	.000 (.000)	.000 (.000)	.001 (.004)	.013 (.027)	4.01
Subkategorie 5.2	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	.002 (.006)	3.00
Subkategorie 5.3	.037 (.032)	.069 (.055)	.074 (.048)	.110 (.071)	8.36*
Subkategorie 5.4	.043 (.084)	.011 (.017)	.023 (.028)	.029 (.039)	1.43
Subkategorie 5.5	.009 (.016)	.013 (.029)	.020 (.025)	.020 (.025)	3.63
Kategorie 4+5	**.225 (.111)**	**.221 (.126)**	**.255 (.113)**	**.342 (.096)**	**6.56+**

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$; + $p < .10$;
A: Relaxing, B: Reflecting, C: Experiencing, D: Connecting;
Mittelwert der relativen Anteile (*M*), Standardabweichung der relativen Anteile (*SD*)

Tabelle A.3: Relative Anteile der Kategorien bzw. Subkategorien über einzelne Patienten-EA-Muster vs. Musterkombination der Makroebene (U-Test (|*Z*|) und Effektstärken (*d*)).

	EA-Muster vs. Muster-kombination	**EA-Muster**	**Muster-kombination**	**U-Test**	**Effekt-stärke**
		M (SD)	***M (SD)***	***|Z|***	***d***
Kategorie 1	**A vs. BCD**	**.304 (.177)**	**.179 (.089)**	**2.20***	**1.08**
Subkategorie 1.1	A vs. BCD	.048 (.060)	.028 (.044)	1.21	0.41
Subkategorie 1.2	A vs. BCD	.002 (.005)	.002 (.007)	0.00	0.00
Subkategorie 1.3	A vs. BCD	.255 (.143)	.149 (.083)	1.98*	1.05
Kategorie 2	**B vs. ACD**	**.292 (.184)**	**.182 (.104)**	**1.97***	**0.86**
Subkategorie 2.1	B vs. ACD	.050 (.050)	.032 (.041)	1.33+	0.42
Subkategorie 2.2	B vs. ACD	.007 (.015)	.017 (.021)	1.49+	-0.51
Subkategorie 2.3	B vs. ACD	.003 (.009)	.001 (.002)	0.83	0.42
Subkategorie 2.4	B vs. ACD	.232 (.199)	.134 (.075)	1.64+	0.42
Kategorie 3	**C vs. ABD**	**.397 (.070)**	**.294 (.139)**	**2.30***	**0.82**
Subkategorie 3.1	C vs. ABD	.043 (.044)	.015 (.026)	2.78**	0.90
Subkategorie 3.2	C vs. ABD	.022 (.039)	.006 (.011)	1.02	0.75
Subkategorie 3.3	C vs. ABD	.075 (.052)	.054 (.052)	1.35+	0.40
Subkategorie 3.4	C vs. ABD	.092 (.078)	.059 (.064)	1.29+	0.49
Subkategorie 3.5	C vs. ABD	.009 (.013)	.006 (.014)	1.30+	0.24
Subkategorie 3.6	C vs. ABD	.028 (.040)	.034 (.033)	0.77	-0.17
Subkategorie 3.7	C vs. ABD	.023 (027)	.029 (.040)	0.35	-0.16
Subkategorie 3.8	C vs. ABD	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00	0.00
Subkategorie 3.9	C vs. ABD	.006 (.013)	.001 (.004)	0.95	0.69
Subkategorie 3.10	C vs. ABD	.081 (.064)	.057 (.054)	1.25	0.41
Subkategorie 3.11	C vs. ABD	.018 (.036)	.032 (.054)	1.20	-0.28
Kategorie 4	**D vs. ABC**	**.168 (.060)**	**.133 (.080)**	**1.38+**	**0.46**
Subkategorie 4.1	D vs. ABC	.000 (.000)	.001 (.004)	0.99	-0.29
Subkategorie 4.2	D vs. ABC	.004 (.009)	.001 (.005)	1.61+	0.48
Subkategorie 4.3	D vs. ABC	.116 (.062)	.092 (.059)	1.03	0.40
Subkategorie 4.4	D vs. ABC	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00	0.00
Subkategorie 4.5	D vs. ABC	.047 (.074)	.037 (.041)	0.05	0.20
Kategorie 5	**D vs. ABC**	**.173 (.058)**	**.100 (.064)**	**2.76****	**1.17**
Subkategorie 5.1	D vs. ABC	.013 (.027)	.001 (.002)	1.74*	0.91
Subkategorie 5.2	D vs. ABC	.002 (.006)	.000 (.000)	1.67*	0.68
Subkategorie 5.3	D vs. ABC	.110 (.071)	.060 (.048)	2.16*	0.92
Subkategorie 5.4	D vs. ABC	.029 (.039)	.026 (.052)	0.69	0.06
Subkategorie 5.5	D vs. ABC	.020 (.025)	.014 (.024)	1.23	0.26
Kategorie 4+5	**D vs. ABC**	**.342 (.096)**	**.233 (.110)**	**2.47****	**1.14**

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$; + $p < .10$ (einseitig);
A: Relaxing ($N = 10$), B: Reflecting ($N = 10$), C: Experiencing ($N = 10$),
D: Connecting ($N = 10$);
Mittelwert der relativen Anteile (*M*), Standardabweichung der relativen Anteile (*SD*)

Tabelle A.4: Relative Anteile der Kategorien bzw. Subkategorien über Patienten-EA-Muster der Mikroebene (Kruskal-Wallis-Test).

	EA-Muster				**Kruskal-Wallis-Test**
	A ***N* = 100** ***M (SD)***	**B** ***N* = 92** ***M (SD)***	**C** ***N* = 87** ***M (SD)***	**D** ***N* = 59** ***M (SD)***	***Chi*^{2} (*df* = 3)**
Kategorie 1	**.310 (.360)**	**.203 (.314)**	**.200 (.325)**	**.216 (.355)**	**8.03***
Subkategorie 1.1	.059 (.197)	.035 (.140)	.037 (.166)	.045 (.166)	1.70
Subkategorie 1.2	.000 (.000)	.000 (.000)	.011 (.080)	.000 (.000)	5.79
Subkategorie 1.3	.251 (.333)	.168 (.284)	.152 (.292)	.171 (.313)	7.23+
Kategorie 2	**.212 (.331)**	**.259 (.375)**	**.202 (.339)**	**.194 (.320)**	**1.80**
Subkategorie 2.1	.068 (.233)	.052 (.154)	.054 (.213)	.052 (.140)	1.57
Subkategorie 2.2	.017 (.082)	.011 (.063)	.025 (.098)	.004 (.033)	2.70
Subkategorie 2.3	.000 (.000)	.004 (.035)	.000 (.000)	.017 (.130)	2.72
Subkategorie 2.4	.126 (.255)	.192 (.352)	.123 (.258)	.120 (.276)	2.11
Kategorie 3	**.309 (.390)**	**.299 (.358)**	**.380 (.421)**	**.296 (.387)**	**2.30**
Subkategorie 3.1	.027 (.146)	.017 (.089)	.016 (.086)	.046 (.193)	0.94
Subkategorie 3.2	.035 (.160)	.016 (.110)	.006 (.054)	.000 (.000)	6.04+
Subkategorie 3.3	.041 (.111)	.049 (.163)	.093 (.258)	.041 (.159)	1.31
Subkategorie 3.4	.063 (.186)	.060 (.185)	.128 (.291)	.101 (.237)	3.75
Subkategorie 3.5	.015 (.111)	.006 (.040)	.000 (.000)	.000 (.000)	3.08
Subkategorie 3.6	.022 (.080)	.056 (.179)	.052 (.159)	.048 (.167)	2.08
Subkategorie 3.7	.037 (.161)	.023 (.090)	.022 (.124)	.008 (.048)	1.87
Subkategorie 3.8	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00
Subkategorie 3.9	.000 (.000)	.006 (.043)	.011 (.107)	.017 (.130)	2.08
Subkategorie 3.10	.033 (.117)	.042 (.147)	.054 (.171)	.013 (.059)	1.70
Subkategorie 3.11	.035 (.160)	.024 (.127)	.000 (.000)	.021 (.134)	5.10
Kategorie 4	**.101 (.247)**	**.148 (.294)**	**.137 (.305)**	**.165 (.320)**	**2.24**
Subkategorie 4.1	.000 (.000)	.000 (.000)	.006 (.054)	.003 (.026)	2.81
Subkategorie 4.2	.000 (.000)	.011 (.104)	.006 (.054)	.017 (.130)	1.44
Subkategorie 4.3	.078 (.209)	.088 (.218)	.085 (.235)	.096 (.248)	0.36
Subkategorie 4.4	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00
Subkategorie 4.5	.023 (.144)	.049 (.198)	.040 (.190)	.048 (.172)	2.46
Kategorie 5	**.068 (.187)**	**.091 (.248)**	**.080 (.245)**	**.130 (.260)**	**5.39**
Subkategorie 5.1	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00
Subkategorie 5.2	.000 (.000)	.004 (.035)	.000 (.000)	.000 (.000)	2.67
Subkategorie 5.3	.056 (.177)	.074 (.227)	.057 (.199)	.056 (.176)	0.17
Subkategorie 5.4	.008 (.060)	.011 (.105)	.023 (.151)	.048 (.163)	14.08**
Subkategorie 5.5	.003 (.033)	.003 (.026)	.000 (.000)	.025 (.145)	3.57
Kategorie 4+5	**.169 (.300)**	**.239 (.357)**	**.217 (.363)**	**.295 (.385)**	**4.83**

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$; + $p < .10$;
A: Relaxing ($N = 100$), B: Reflecting ($N = 92$), C: Experiencing ($N = 87$),
D: Connecting ($N = 59$);
Mittelwert der relativen Anteile (*M*), Standardabweichung der relativen Anteile (*SD*)

Tabelle A.5: Relative Anteile der Kategorien bzw. Subkategorien über einzelne Patienten-EA-Muster vs. Musterkombination der Mikroebene (U-Test (|*Z*|) und Effektstärken (*d*)).

	EA-Muster vs. Muster-kombination	**EA-Muster**	**Muster-kombination**	**U-Test**	**Effekt-stärke**
		M (SD)	***M (SD)***	***|Z|***	***d***
Kategorie 1	**A vs. BCD**	**.310 (.360)**	**.205 (.327)**	**2.83****	**0.31**
Subkategorie 1.3	A vs. BCD	.059 (.197)	.038 (.156)	1.16	0.12
Subkategorie 1.2	A vs. BCD	.000 (.000)	.004 (.048)	0.91	-0.10
Subkategorie 1.3	A vs. BCD	.251 (.333)	.163 (.292)	2.61**	0.29
Subkategorie 2	**B vs. ACD**	**.259 (.375)**	**.204 (.330)**	**1.25**	**0.16**
Subkategorie 2.1	B vs. ACD	.052 (.154)	.059 (.207)	0.75	-0.04
Subkategorie 2.2	B vs. ACD	.011 (.063)	.017 (.080)	0.64	-0.08
Subkategorie 2.3	B vs. ACD	.004 (.035)	.004 (.064)	0.72	0.00
Subkategorie 2.4	B vs. ACD	.192 (.352)	.124 (.260)	1.38+	0.24
Kategorie 3	**C vs. ABD**	**.380 (.421)**	**.302 (.376)**	**1.49+**	**0.20**
Subkategorie 3.1	C vs. ABD	.016 (.086)	.028 (.142)	0.64	-0.09
Subkategorie 3.2	C vs. ABD	.006 (.054)	.020 (.121)	1.15	-0.13
Subkategorie 3.3	C vs. ABD	.093 (.258)	.044 (.143)	0.87	0.27
Subkategorie 3.4	C vs. ABD	.128 (.291)	.071 (.199)	1.42+	0.25
Subkategorie 3.5	C vs. ABD	.000 (.000)	.008 (.074)	1.18	-0.13
Subkategorie 3.6	C vs. ABD	.052 (.159)	.040 (.145)	0.80	0.08
Subkategorie 3.7	C vs. ABD	.022 (.124)	.025 (.118)	0.87	-0.03
Subkategorie 3.8	C vs. ABD	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00	0.00
Subkategorie 3.9	C vs. ABD	.011 (.107)	.006 (.068)	0.02	0.06
Subkategorie 3.10	C vs. ABD	.054 (.171)	.032 (.119)	0.77	0.18
Subkategorie 3.11	C vs. ABD	.000 (.000)	.028 (.142)	2.07*	-0.23
Kategorie 4	**D vs. ABC**	**.165 (.320)**	**.126 (.282)**	**0.97**	**0.13**
Subkategorie 4.1	D vs. ABC	.003 (.026)	.002 (.030)	1.20	0.03
Subkategorie 4.2	D vs. ABC	.017 (.130)	.005 (.067)	0.72	0.15
Subkategorie 4.3	D vs. ABC	.096 (.248)	.082 (.220)	0.25	0.06
Subkategorie 4.4	D vs. ABC	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00	0.00
Subkategorie 4.5	D vs. ABC	.048 (.172)	.037 (.178)	1.12	0.06
Kategorie 5	**D vs. ABC**	**.130 (.260)**	**.080 (.226)**	**2.27***	**0.22**
Subkategorie 5.1	D vs. ABC	.000 (.000)	.000 (.000)	0.00	0.00
Subkategorie 5.2	D vs. ABC	.000 (.000)	.001 (.020)	0.45	-0.05
Subkategorie 5.3	D vs. ABC	.056 (.176)	.062 (.201)	0.06	-0.03
Subkategorie 5.4	D vs. ABC	.048 (.163)	.014 (.109)	3.74***	0.28
Subkategorie 5.5	D vs. ABC	.025 (.145)	.002 (.025)	1.73*	0.36
Kategorie 4+5	**D vs. ABC**	**.295 (.385)**	**.207 (.340)**	**1.83***	**0.25**

***$p < .001$; **$p < .01$; *$p < .05$; + $p < .10$ (einseitig);
A: Relaxing ($N = 100$), B: Reflecting ($N = 92$), C: Experiencing ($N = 87$),
D: Connecting ($N = 59$);
Mittelwert der relativen Anteile (*M*), Standardabweichung der relativen Anteile (*SD*)

Anhang B: Textanalytischer Ablauf zur Bestimmung der Kategorien bzw. Subkategorien

Die Bestimmung der Subkategorie bzw. Kategorie des therapeutischen Redebeitrags geschieht nach folgenden Kriterien:

1. Fragen vs. Aussagen

Es wird zwischen Redebeiträgen unterschieden, die Fragen oder Aussagen sein können. Ein Redebeitrag ist nur dann eine Frage, wenn typische Fragewörter am Beginn des Satzes stehen, wie z.B. *Was...? Wie...? Wann...?* bzw. er eine typische Fragesatzstruktur aufweist, wie z.B. *Fühlen Sie sich jetzt gut?* Bei Fragen wird kontrolliert, ob diese im Konjunktiv oder Indikativ stehen.

Wenn auf Aussagen (bzw. Aussagen mit Verknüpfungen) Fragen folgen und eine Frage den Redebeitrag abschließt, bestimmt die Frage die Kategorie des Redebeitrags.

2. Bestimmung von semantischen Einheiten

2a. Der Redebeitrag des Therapeuten wird in semantische Einheiten zerlegt. Eine semantische Einheit beträgt maximal einen Satz, sie kann jedoch auch bloß einen Nebensatz umfassen und somit mit einem Komma beginnen oder enden. Des Weiteren ist möglich, dass eine semantische Einheit mit einer Pause endet bzw. weisen Konjunktionen wie *weil, dass, deshalb* auf einen Anfang bzw. Ende einer semantischen Einheit hin.

2b. Für alle semantischen Einheiten wird die Emotionale Tönung des gesamten Redebeitrags angegeben. Dazu dienen Hinweiswörter nach der Sandhöfer-Sixel Skala. Die Emotionale Tönung ist ein Ausschlusskriterium. Das heißt, wenn mindestens ein emotionales Hinweiswort in der semantischen Einheit vorhanden ist, hat diese den Status emotional getönter semantischer Einheit, obwohl auch abstrakt emotional getönte oder nicht getönte Wörter in der Einheit vorhanden sein können. Wenn mindestens ein abstrakt emotional getöntes Wort in der Einheit vorkommt und kein emotionales, ist diese emotional abstrakt getönt. Der Unterschied zwischen emotional bzw. abstrakt emotional ist nur für die Subkategorien wesentlich und wird allgemein als Tönung bezeichnet.

Beispiele: *Sind Sie traurig?* (emotional getönt); *Wie lange empfinden Sie schon diese Traurigkeit?* (abstrakt emotional getönt); *Wie alt sind Sie?* (nicht getönt).

2c. Hat ein Redebeitrag mindestens zwei semantische Einheiten, stellt dies eine Verknüpfung dar.

(1) Ein Redebeitrag stellt **keine Verknüpfung** dar, wenn dieser nur aus einer semantischen Einheit besteht.

(2) Eine **kognitive Verknüpfung** besteht nur aus nicht getönten semantischen Einheiten.

(3) Eine **emotionale Verknüpfung** besteht prinzipiell aus getönten semantischen Einheiten.

(4) Ein Redebeitrag mit **emotional-kognitiver Verknüpfung** besteht aus Mischformen von getönten bzw. nicht getönten semantischen Einheiten.

2d. Zusätzlich zu Punkt 2c muss geklärt werden, welche Tönung die erste bzw. letzte semantische Einheit des Redebeitrags hat (nicht getönt, abstrakt emotional getönt, emotional getönt).

2e. Wesentlich für eine emotional-kognitive Verknüpfung (Punkt 2c, Absatz 4 und 2d) ist, ob diese eine Frage bzw. Aussage darstellt, d.h. (1) bei Fragen ist entscheidend, welche semantische Einheit auf welche semantische Einheit sprachlich Bezug nimmt. (2) Für Aussagen ist lediglich die sequenzielle Reihenfolge der semantischen Einheiten bedeutsam.

Beispiele für Fragen der Kategorien 4 und 5:
Was, denken Sie, könnte der Grund sein (Frage)*, dass Sie gestern so niedergeschlagen waren?* oder *Sie waren gestern so niedergeschlagen, was, denken Sie, könnte der Grund dafür sein* (Frage)? Beide Möglichkeiten stellen die Kategorie 4 - *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition* - dar. Allerdings stellen beide Möglichkeiten unterschiedliche Subkategorien dar.

Warum sind Sie so niedergeschlagen in solch einer Situation (Frage)*, die Sie gerade beschrieben haben?* oder *Diese Situation, die Sie gerade beschrieben haben, warum waren*

Sie da so niedergeschlagen (Frage)? Beide Möglichkeiten werden als Kategorie 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion* - geratet.

Beispiele für Aussagen der Kategorien 4 und 5:
Sie waren sehr niedergeschlagen nach dieser Situation, die Sie mir letzte Woche beschrieben haben (Kategorie 4 - *Aufforderung zur Integration von Emotion und nachfolgender Kognition*).

Nach dieser Art Situation, die Sie beschrieben haben, waren Sie sehr niedergeschlagen (Kategorie 5 - *Aufforderung zur Integration von Kognition und nachfolgender Emotion*).

Anhang C: Beispiele für Therapeutensprechakte, die nach dem im Kapitel 2.2.1 vorgestellten Kategoriensystem eingestuft wurden

Skala:

Blau: Nicht getönte semantische Einheit

Rot: Emotional getönte semantische Einheit

Orange: Emotional abstrakt getönte semantische Einheit

1. T: Tja, nun haben es diese Werte ein Stück weit so an sich, dass man sie nicht spürt. || Wenn man das niedrige Kalium spürt, kann das sehr unangenehm werden.

Kategorie: 5.3

2. T: (s) Tja.

Kategorie: 6.1

3. T: Zumindest sollen Sie sich hier im Klinikgelände erstmal aufhalten. || Also, ich will das jetzt nicht überdramatisieren.

Kategorie: 5.3

4. T: Aber das ist lebensbedrohlich. Also, ein zu niedriger Wert wäre jetzt, in Anführungszeichen, wenn das plötzlich käme, tödlich, (räuspern) || wenn der Körper sich über ein Stück weit so eingrenzt.

Kategorie: 4.3

5. T: Dass das schleichend geht, ähnlich wie ja das Gewicht auch, ist ein Stück weit kompensiert, | also der Körper hat sich jetzt ein Stück weit daran gewöhnt, mit so niedrigen Werten auszukommen.

Kategorie: 2.4

6. T: Aber / / / ist viel zu wenig, also das heißt, wir müssen uns jetzt überlegen, ob wir das hier so lassen können, | oder ob wir uns überlegen, dass wir Sie kurzfristig zu dem Internisten (räuspern) überweisen.

Kategorie: 2.4

7. T: Also, ich denke, der Wert ist das eine und das Gewicht ist das andere, | für uns hier gibt es da Grenzen, | hier muss man in der Lage sein, an den Therapien teilzunehmen, || sonst wird das für uns hier zu schwierig, weil wir keine Behandlung im Bett machen.
Kategorie: 5.3

8. T: Wie bitte?
Kategorie: 6.2

9. T: Na ja, ich denke, das ist auch so an der Grenze (räuspern). | Auch wenn das Empfinden im Vergleich zu Ihrem Empfinden ein anderes ist.
Kategorie: 2.4

10. T: (s) Ja.
Kategorie: 6.1

11. T: Tja (räuspern).
Kategorie: 6.1

12.T: (s) Tja.
Kategorie: 6.1

13. T: Hm.
Kategorie: 6.3

14. T: (s) (räuspern)
Kategorie: 6.1

15. T: Tja.
Kategorie: 6.1

16. T: Aber Sie haben sich Ziele gesetzt, die Sie erreichen wollen.
Kategorie: 1.3

17. T: Tja
Kategorie: 6.1

18. T: Tja, nun scheinen in diesem Kampf beide Seiten bedrohlich zu sein. | Auf der einen Seite haben Sie Angst, dass Sie zu gierig werden, | und im anderen Fall müssen Sie Angst haben, dass Sie gar nichts mehr essen.
Kategorie: 3.11

19. T: (s) Tja.
Kategorie: 6 .1

20. T: Hm.
Kategorie: 6.3

21. T: Was sind denn die wirklichen Probleme?
Kategorie: 3.6

22. T: Hm.
Kategorie: 6.3

23. T: (räuspern)
Kategorie: 6.1

24. T: Ja, es könnte eine Vorstellung geben bei Ihnen, | und wenn man diesen Kern findet, darüber nachdenkt, dann löst sich dieser Kern auf.
Kategorie: 2.4

25. T: (s) Tja.
Kategorie: 6.1

26. T: Nun, wenn man kein Vertrauen hat, denke ich, ist das schlecht, wenn man misstrauisch ist.
Kategorie: 3.4

27. T: Weil Sie große Angst haben, dass Sie enttäuscht werden können.
Kategorie: 3.4

28. T: (s) (räuspern)
Kategorie: 6.1

29. T: Nun, wenn wir das so einfach sehen, dann ist da eine Seite, die sehr streng und unerbittlich ist.
Kategorie: 3.4

30. T: Wär's ja einfach, zu sagen: gibt es noch eine andere Seite, die dagegen ist?
|| Die lässt sich anscheinend nur schwer in dieses System erfassen.
Kategorie: 5.3

31. T: Tja, wenn eine Seite so streng und unerbittlich ist, ist es ja nahe liegend, | dass da etwas und vielleicht aus gutem Grund auch dagegen rebelliert.
Kategorie: 3.10

32. T: (s) Hm.
Kategorie: 6.3

33. T: Hmhm.
Kategorie: 6.3

34. T: Na ja, wenn wir es von dieser strengen unerbittlichen Seite aus betrachten, | dann kommt es mir hier auch so vor, dass wenn Sie etwas nicht schaffen, man dann wütend oder schuldig ist und | sich schlecht fühlt. Sei es jetzt, was das Essen betrifft oder vielleicht auch andere Dinge, also nicht perfekt sind.
Kategorie: 3.10

35. T: Insofern war ja diese Frage keine moralische über Schuld oder Unschuld. || Wir hatten ja eine andere Perspektive angeschnitten. | Also, wenn es bei diesem Kind, und das war ja eine ganz einfache Überlegung, den Wunsch gegeben hat, den Vater zu erreichen, | ja, um mit Ihren Worten zu sprechen, an der Stiefmutter kein Weg vorbei geführt hat.
Kategorie: 4.3

36. T: Also, wenn wir so wollen, richtet sich doch der Vorwurf dann gegen das Kind?
Kategorie: 3.7

37. T: Und das ist doch merkwürdig? Also gegen die Seite, die Ansprüche stellt, die quengelig ist, die Wünsche hat, die unperfekt ist, || und die, denke ich, auch zurecht will, dass Vater oder Mutter für das Kind verfügbar sind.
Kategorie: 4.3

38. T: (s) Tja.
Kategorie: 6.1

39. T: Na ja, aber diese Seite bei Ihnen selbst würde sich ja dann genau gegen diesen Störenfried richten. | Also alles, was unperfekt ist, was wir nicht im Griff haben, was Bedürfnisse hat, was weiß ich was. | Also, es kommt einem ja fast so vor, als ob Sie da mit sich selbst viel, viel strenger und unerbittlicher umgehen, als es vielleicht die Eltern damals getan haben.|| Wir können das auch umdrehen und sagen: „Eigentlich hat das Kind doch Recht“.
Kategorie: 4.3

40. T: Ja, aber ich denke, dieses Kind, so wie Sie auch jetzt, ist eigentlich sehr enttäuscht und verzweifelt, (räuspern) | aber mir kommt es so vor, dass die Enttäuschung oder der Ärger sich eigentlich gegen das Kind richtet, | dass doch eigentlich allen Grund dazu hat, enttäuscht oder wütend zu sein.
Kategorie: 3.10

41. T: Tja, ich denke, es ist doch auch schlimm. Und es ist enttäuschend.
Kategorie: 3.4

42. T: Na ja, ich denke, die Vergangenheit können wir nicht mehr ändern. || Aber unsere Frage war ja die, warum sich diese Wut und Enttäuschung bei Ihnen selbst / / / gegen dieses Kind richtet.
Kategorie: 5.4

43. T: Damit haben wir ja heute angefangen, wird man hier eigentlich selbst oder das Kind in einem zerstört. | Vielleicht aus Enttäuschung und aus Hilflosigkeit. || Ja, wir könnten, auch wenn das jetzt vielleicht etwas vom Kopf her betrachtet ist, es doch auch umdrehen. || Also, eigentlich müssten wir dieses Kind unterstützen, dass das Kind lebt.
Kategorie: 5.5

44. T: Das wäre ja dann Ihr Kind. || Bloß kann man sich zu dem stellen oder was macht da diese Angst? | Und da haben Sie ja vielleicht Recht, wenn man so viele Enttäuschungen erfahren hat, | dann hat das Kind oder Sie, wie auch immer, immer wieder Angst, enttäuscht zu werden.
Kategorie: 5.3

45. T: Dann würde sich ja wieder das gegen das Kind richten. || Also alles wegzuschaffen, dass man keine Gefühle hat, keine Bedürfnisse hat, also wenn wir so wollen, auch kein Essen mehr bekommt, | also ohne alles leben zu müssen in der Hoffnung, dann ist man also alles los. || Dann wird man nicht mehr enttäuscht, dann gibt es keine Probleme mehr, was auch immer. || Und da, das hat dann natürlich zur Konsequenz, dass man nicht mehr lebt.
Kategorie: 4.3

46. T: Tja, dass man stirbt, zum Beispiel. | Oder, dass man auf alles verzichtet. | Dass dieses Kind, um bei diesem Bild zu bleiben, lebenswert macht. || Dass es lebendig ist, dass es Gefühle hat, was weiß ich, Unfug macht. | (räuspern) Und das würde auch vielleicht zu diesen beiden Seiten der Krankheit passen, | also entweder es ist ganz asketisch, alles wird beseitigt, was sich da regt und meldet, wird kontrolliert und dann danach / / | es schlägt um, das heißt, ich werde so maßlos und so gierig, dass es keiner aushält, || wenn ich dann erstmal anfange, Ansprüche zu stellen oder Hunger habe oder was auch immer, dann muss ich Angst haben, | dass es da keine Grenzen mehr gibt, oder der andere oder Sie selbst es nicht aushalten.
Kategorie: 5.5

47. T: (s) Aha.
Kategorie: 6.1

48. T: Tja.
Kategorie: 6.1

49. T: Tja, so wie Sie ja auch hier in dem Aufenthalt Erwartungen an sich gestellt haben. | Und zwar, anscheinend, sehr schnell. | Was Sie loswerden wollen, was Sie sich für Ziele gesetzt haben, was auch immer. | Und es ist immer noch ein Unterschied, denke ich, zwischen einem Muss, dass man etwas muss, oder ob man etwas will.
Kategorie: 2.4

50. T: Tja.
Kategorie: 6.1

51. T: Tja, das sind immer Erwartungen. | Und mir kommt es so vor, als ob Sie ständig etwas müssen.
Kategorie: 2.4

52. T: Und es sind wenige Dinge sichtbar, um wieder bei diesem Kind zu bleiben, was man will. | Ob man das dann bekommt oder nicht, das ist ja vielleicht noch mal etwas anderes. Aber das Müssen hält immer.
Kategorie: 2.4

53. T: Dieses Gnadenlose?
Kategorie: 3.6

54. T: Tja, also da denke ich schon, dass das Kind es bei Ihnen nicht sehr leicht hat. | Vielleicht sollten wir dann auch da nicht so viel Angst davor haben. || Und vielleicht halten wir das schon aus, wenn sich das Kind meldet.
Kategorie: 4.3

55. T: Ja, weil wir jetzt auch Schluss machen müssen, wäre ja heute noch mal deutlicher geworden, dass da noch große Angst ist, enttäuscht zu werden, | (räuspern) dass Sie da so misstrauisch sind.
Kategorie: 3.10

56. T: Tja, müssten wir mal Schluss machen.
Kategorie: 6.2

57. T: Ich denke, wir lassen's mal dabei, dass Sie hier, wenn 's geht, auf dem Klinikgelände sich bewegen, und wir gucken mal, | heute Mittag müsste dann der Wert da sein und die Schwestern rufen mal an.
Kategorie: 2.4

58. T: Ja?
Kategorie: 6.1

59. T: Und da können wir's dann noch mal besprechen.
Kategorie: 1.3

60. T: Wiedersehen.
Kategorie: 6.1

Danksagung

Mein herzlicher Dank gilt:
Herrn Prof. Dr. Erhard Mergenthaler, der mich über den gesamten Weg der Promotion mit seinen Anregungen unterstützt hat.

Herrn Dipl.-Ing. Stefan Heim und Dipl.-Dok. (FH) Sven Schneider für ihre freundliche Unterstützung bei der Textverarbeitung.

Herrn Dr. Pokorny für die statistische Beratung.

Frau Dipl.-Psych. Kathrin Mörtl für ihre intensive Mitarbeit bei der Bestimmung der Interraterreliabilität.

Ulm, den 30.04.2008

Lebenslauf

Steffen Walter

geboren am 27.05.1972 in Zeitz, Sachsen-Anhalt, Deutschland
verheiratet, ein Kind

Schule

1979-1989	Polytechnische Oberschule in Zeitz mit Abschluss Realschule
1995-1998	Schule des zweiten Bildungsweges in Halle mit Abschluss Abitur

Beruf

1989-1993	Ausbildung zum Energieelektroniker im Elektroanlagenbau Weißenfels

Studium und Diplomarbeit

1999-2004	Halbjähriges Praktikum: Abteilung für Neurobiologie Universitätsspital Zürich, bei Prof. Dr. Brugger

Psychologie an der Universität Konstanz mit Abschluss Dipl.-Psychologe

Thema der Diplomarbeit: Funktionelle Hemisphärenunterschiede bei global/lokal Doppelreizstimulation

Wissenschaftliche Tätigkeit

Seit 01.06.2005	Wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung für Psychosomatische Medizin in der Sektion für Informatik und Psychotherapie, Universitätsklinik Ulm

Promotion: Beginn: 1.1.2006, Ende: 30.04.2008

Aufgaben:
- Planung und Durchführung von Studien
- Betreuung von medizinischen Doktoranden
- Leitung des Ulmer Psychosozialen Kolloquiums

Lehrveranstaltungen:
„Schmerz, lass nach“ (Einführung in die Psychologie der Schmerz- und Stressverarbeitung)
Blockkurs „Medizinische Psychologie und Soziologie“

	Konferenzen:
20.06.2006	SPR Jahreskongress in Edinburgh/UK; Vortrag „The relationship between linguistic emotion-abstraction patterns and attachment“
12.07.2006	Ulmer Psychosoziales Kolloquium; Vortrag „Emotional-kognitive Regulation und Bindungsstil“
20.06.2007	SPR Jahreskongress in Madison/USA; Vortrag „Do therapeutic interventions trigger the specific patient emotion-abstraction patterns?“
	Publikation:
2007	Eine Brille für die Seele (Buchbesprechung). Psychotherapeut 52: 314-315

Forschungsinteressen:
- Experimentalpsychologie und Bewusstsein
- Persönlichkeitspsychologie
- Neurobiologie und Lateralität

Ulm, den 30.04.2008