

Funktionen der Sprache in der Psychotherapie: Eine qualitative Studie zu subjektiven Theorien der „talking cure“ von Psychotherapeut*innen

Christopher Marx¹, Rajana Bildhauer¹, Tina Friedrich¹, Nadine Ackermann¹,
Cord Benecke², Antje Gumz^{1,3}

Summary

Functions of language in psychotherapy: A qualitative study of psychotherapists' subjective theories of the „talking cure“

Objectives: Psychotherapy is traditionally considered as a „talking cure“. The specific functions of verbal activity, however, are disputed. The present study aims at identifying central therapeutic functions of verbal activity.

Methods: In qualitative interviews $n = 23$ psychotherapists with psychodynamic ($n = 12$) or behavioral ($n = 11$) background were interviewed regarding their theories of the „talking cure.“ Based on Consensual Qualitative Research (CQR) a category system of therapeutic functions of verbal activity was constructed.

Results: The participants described a wide range of relational, experiential, and behavioral functions of verbal activity in psychotherapy. Psychodynamic therapists emphasized relational and experiential functions of verbal activity, while behavioral therapists emphasized behavioral functions.

Conclusions: The findings imply that verbal activity fulfills diverse functions in therapeutic contexts. This suggests a basic verbal materiality of many therapeutic techniques and common factors that needs to be specified in subsequent research.

Z Psychosom Med Psychother 67/2021, 36–55

Key words

„Talking Cure“ – Language in Psychotherapy – Common Factors – Consensual Qualitative Research

Zusammenfassung

Fragestellung: Psychotherapie gilt traditionell als „talking cure“. Die konkreten Funktionen sprachlicher Aktivität in therapeutischen Kontexten sind aber umstritten. Die vorliegende Studie zielt darauf ab, zentrale therapeutische Funktionen der Sprache zu identifizieren.

Methode: Im Rahmen qualitativer Interviews wurden $n = 23$ Psychotherapeut*innen mit psychodynamischem ($n = 12$) oder verhaltenstherapeutischem ($n = 11$) Hintergrund zu ihren

¹ Psychologische Hochschule Berlin.

² Institut für Psychologie, Universität Kassel.

³ Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf.

Theorien der „talking cure“ befragt. Auf Grundlage der Interviewdaten wurde mittels Consensual Qualitative Research (CQR) ein Kategoriensystem therapeutischer Funktionen der Sprache erarbeitet.

Ergebnisse: Die Teilnehmer*innen beschrieben ein breites Spektrum relationaler, erlebens-/erfahrungsbezogener und verhaltensbezogener Funktionen der Sprache in der Psychotherapie. Psychodynamische Therapeut*innen betonten häufiger relationale und erlebens-/erfahrungsbezogene Funktionen der Sprache, Verhaltenstherapeut*innen häufiger verhaltensbezogene Funktionen.

Diskussion: Die Befunde implizieren, dass Sprache in therapeutischen Kontexten ein breites Spektrum von Funktionen hat. Dies legt eine grundsätzliche sprachliche Materialität vieler therapeutischer Techniken und allgemeiner Wirkfaktoren nahe, die in anknüpfender Forschung zu präzisieren ist.

1. Einleitung

Psychotherapie gilt traditionell als „talking cure“ (Breuer u. Freud 1895, S. 50), das heißt als Heilverfahren, das wesentlich über Sprache operiert. Zwar hat sich diese Sichtweise mittlerweile differenziert: So hat sich erwiesen, dass therapeutische Prozesse auch von nonverbaler Interaktion beeinflusst werden (Benecke et al. 2005). Zudem wird mit Blick auf Systematiken therapeutischer Wirkfaktoren deutlich, dass Veränderungsprozesse in der Psychotherapie durch eine komplexe Vielfalt von Faktoren induziert werden, die sich nicht auf den Aspekt ihrer Sprachlichkeit reduzieren lassen (Castonguay u. Beutler 2006; Chambless u. Ollendick 2001; Orlinsky et al. 2004; Timulak 2007; Tschacher et al. 2014; Wampold u. Imel 2015). Gleichwohl zeigt sich in Theorie und Forschung eine beachtliche Persistenz der Auffassung, sprachliche Vollzüge als zentrales Medium therapeutischer Interaktion und Psychotherapie mit hin als „talk treatment“ (Wampold 2007, S. 863) oder „talk therapy“ (Woolfolk 2015, S. 2) zu charakterisieren. Unklar bleibt allerdings, was diese Zuschreibung konkret impliziert, wie also das „Reden“ („talking“) zur „Heilung“ („cure“) beiträgt.

Eine Antwort auf diese Frage zu geben ist schwierig, insofern das Feld der sprachbezogenen Forschungsliteratur überaus heterogen ist (Marx et al. 2017). Heterogen sind *erstens* die theoretischen Modelle der „talking cure“, die traditionell unter Bezug auf ein breites Spektrum von Typen verbaler Aktivität formuliert wurden, zum Beispiel Symbolisierungsprozesse, Emotionsverbalisierungen, Selbstoffenbarungen, verbale Interventionstechniken, Metaphern oder Narrative (Marx et al. 2017). Diese wurden häufig mit bestimmten Funktionen verknüpft: Symbolisierung etwa mit Experiencing (Gendlin 1997), Selbstoffenbarungen und Emotionsverbalisierungen mit kathartischer Entlastung (Breuer u. Freud 1895), Deutungen mit Bewusstmachung und/oder Klärung (Greenson 2007) – und so fort. Ähnlich heterogen sind *zweitens* die methodischen Zugriffe auf die „talking cure“. Dies gilt zum einen für die Definition und Operationalisierung spezifischer Typen verbaler Aktivität, deren Adäquatheit, Einheitlichkeit und Systematizität in der Forschung regelhaft kontrovers diskutiert werden (vgl. z. B. Gumz et al. 2014 bezüglich verbaler Interventionstechniken). Um-

stritten sind zum anderen die Aspekte der Messung und Datenanalyse: So existiert eine Vielzahl sprachbezogener quantitativer Datenerhebungsinstrumente mit unterschiedlichen Messfoki und oft unzureichenden psychometrischen Eigenschaften (Gumz et al. 2015), zum Beispiel bezüglich verbaler Interventionstechniken (Carroll et al. 2000; Gumz et al. 2017; Hilsenroth et al. 2005; McCarthy u. Barber 2009) oder Narrativen (Angus et al. 2017; Gonçalves et al. 2017; Habermas u. Döll-Hentschker 2017) – deren Angemessenheit zur Analyse sprachlicher Prozesse in der Psychotherapie wiederum von der qualitativen Forschung in Frage gestellt wird (Buchholz u. Kächele 2017; Georgaca u. Avdi 2009). Heterogen ist schließlich drittens die empirische Befundlage bezüglich der Effekte sprachlicher Vollzüge in der Psychotherapie. Viele Typen verbaler Aktivität zeigen entweder keine (Barber 2009; Farber 2003) oder uneindeutige (Brumberg u. Gumz 2012; Gelo u. Mergenthaler 2012; Greenberg 2012) Assoziationen mit dem Behandlungserfolg. Dieses Befundmuster legt nahe, bezüglich des Effekts verbaler Aktivität keinen linearen Haupteffekt anzunehmen, sondern vom Regelfall nicht-linearer Effekte auszugehen, womit sich der Analysefokus auf die Randbedingungen positiver Effekte verbaler Aktivität und mithin die moderierende und mediierende Funktion von Drittvariablen verschiebt (Barber 2009). Ein weiterer Befund besteht darin, die Annahme einer exklusiven Verknüpfung bestimmter Typen verbaler Aktivität mit bestimmten Funktionen zu problematisieren: So wurde Experiencing zum Beispiel auch mit Metaphern (Levitt et al. 2000) und Narrativen (Angus et al. 2017) assoziiert; kathartische Entlastung kann aus narrativer Prozessierung belastender Erfahrungen resultieren (Rennie 1994); und Klärung wurde nicht nur mit Übertragungsdeutungen (Gumz et al. 2014), sondern auch mit Metaphernarbeit (Hill u. Regan 1991) und narrativen Prozessen (Stiles et al. 1999) in Verbindung gebracht. Zusammengefasst legen die Forschungsbefunde den Schluss nahe, den therapeutischen Effekt der Sprache in ihrer Funktion als Mittel zur Explikation und/oder Modifikation pathologisch-maladaptiver Erlebens- und Erfahrungskonstellationen zu sehen (Marx et al. 2020). Weiterhin ist anzunehmen, dass dieser Effekt auf einer begrenzten Zahl sprachlicher Funktionen basiert, die wiederum über unterschiedliche Typen verbaler Aktivität induziert werden können. Diese Funktionen wurden bislang allerdings nicht systematisch bestimmt, so dass der Status sprachlicher Vollzüge – etwa im Kontext von Systematiken spezifischer Therapietechniken (Gumz et al. 2014) oder allgemeiner Wirkfaktoren (Wampold u. Imel 2015) – unscharf bleibt (Marx et al. 2017, 2020).

Vor diesem Hintergrund verfolgt die vorliegende Studie das Ziel, einen Beitrag zur Identifikation zentraler therapeutischer Funktionen der Sprache in der Psychotherapie zu leisten. Sie bildet den ersten Teil einer von der Deutschen Psychoanalytischen Gesellschaft (DPG) und der Heigl-Stiftung geförderten Mixed-Methods-Studie, die eine Integration und Systematisierung von Funktionen sprachlicher Aktivität in der Psychotherapie anstrebt. Ausgangspunkt in der qualitativen Phase ist die Perspektive von klinisch tätigen Psychotherapeut*innen mit psychodynamischer und verhaltenstherapeutischer Orientierung, die zu ihren Theorien der „talking cure“ befragt wurden, um zentrale Kategorien heilsamer Funktionen des Miteinander-Sprechens

in der Therapie zu bestimmen. In einer anknüpfenden Studie ist geplant, zusätzlich die Perspektive von Patienten auf die „talking cure“ zu untersuchen. Verfolgt wird damit ein Bottom-Up-Ansatz, der davon ausgeht, dass die Beantwortung der Frage nach den Wirkprinzipien der „talking cure“ von Erfahrungen der klinischen Praxis profitieren kann. Hierbei ist ein explorativ-qualitativer Ansatz angemessen, um eine offene, von Vorannahmen möglichst wenig beeinflusste Datenerhebung zu gewährleisten (Hill 2012). Im zweiten Schritt werden diese Kategorien dazu verwendet, eine integrative Systematik zu erarbeiten, auf deren Grundlage ein Messinstrument konstruiert werden soll, mittels dessen die Systematik quantitativ beforscht werden kann.

2. Methode

2.1. Methodisches Paradigma

Studienplanung und Datenanalyse basieren auf der Methode des Consensual Qualitative Research (CQR; Hill 2012), einem international etablierten qualitativen Forschungsparadigma, das sich insbesondere zur Erarbeitung von Kategorienstrukturen bezüglich klinischer Phänomene eignet und in der Psychotherapieforschung häufig verwendet wird. Die CQR-Methode wurde vom Erstautor vor Studienbeginn manualisiert (verfügbar auf Anfrage). Grundsätzlich operiert sie in drei Schritten: Im ersten Schritt werden vom Primärteam – das heißt jenen Beteiligten des Forschungsteams, die die Hauptschritte der Datenerhebung und -analyse vollziehen (hier: Autor*innen 1–4) – auf Fallebene „Domains“ identifiziert, das heißt thematische Kategorien, denen die Rohdaten zugeordnet werden. Im zweiten Schritt werden – wiederum auf Fallebene – „Core Ideas“ konstruiert, das heißt die jeweiligen Datenblöcke werden zusammengefasst und verdichtet. Den dritten Schritt bildet die „Cross-Analyse“, bei der auf Basis der Core Ideas fallübergreifend ein Kategoriensystem erarbeitet wird. Der Prozess der Datenanalyse ist von drei Prinzipien geleitet: Konsensualität, Auditing und Rekursivität. Konsensualität bedeutet, dass bezüglich aller Schritte der Datenanalyse ein Konsens zu erreichen ist. Dieser ist zunächst im Primärteam herzustellen, das heißt alle Kodierungen werden diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde (z. B. bezüglich der Zuweisung eines Datenblocks zu einer Domain oder der Formulierung einer Core Idea). Bei umstrittenen Kodierungen werden verschiedene Kodierungsalternativen protokolliert, die im weiteren Prozess mit dem/der Auditor*in diskutiert werden, bis ein finaler Konsens erreicht wurde. Nach Abschluss des Kodierungsprozesses im Primärteam wird der vorläufige Befund dem/der Auditor*in (hier: Autorin 6) vorgelegt, der/die im Forschungsprozess die Funktion eines/einer Supervisor*in ausübt. Dessen/Deren Rückmeldungen werden vom Primärteam diskutiert, bis erneut ein Konsens hergestellt wurde, der wiederum dem/der Auditor*in übermittelt wird. Auf diese Weise durchläuft der Datenanalyseprozess mehrere rekursive Feedbackschleifen, bis ein von Primärteam und Auditor*in konsensuell gebilligtes Kategoriensystem etabliert ist.

2.2. Studienteilnehmer*innen

*Psychotherapeut*innen.* An der Studie nahmen 23 Psychotherapeut*innen teil. Zwölf Therapeut*innen hatten eine Approbation in Psychoanalyse und/oder Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie (PD-Stichprobe), elf Therapeut*innen eine Approbation in Verhaltenstherapie (VT-Stichprobe). Deskriptive Statistiken beider Stichproben zeigt Tabelle 1.

Forschungsteam. Das Forschungsteam der Studie bestand aus sechs Personen (s. Tabelle 2). Vor Beginn der Studie reflektierten die Mitglieder des Forschungsteams mögliche Vorannahmen und Einflüsse, die zu Verzerrungen oder Voreingenommenheiten bei Studienplanung, Datenerhebung und Datenanalyse führen könnten. Zwei mögliche Problemfelder kristallisierten sich heraus: Zum einen war das Forschungsteam stark von der psychodynamischen Psychotherapie beeinflusst (v. a. Autor*innen 1, 2, 5 und 6), was bei einer vergleichenden Untersuchung subjektiver Theorien der therapeutischen Funktion von Sprache bei psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapeut*innen ein Störfaktor sein könnte. Zum anderen setzten sich die Mitglieder des Studienteams (v. a. Autor*innen 1 und 6) im Rahmen theoretischer und empirischer Vorarbeiten zu sprachbezogenen Themen in der Psychotherapie ausführlich mit der relevanten Theorie- und Forschungsliteratur auseinander, was insbesondere auf Datenerhebung und -analyse einen verzerrenden Einfluss haben könnte. Begegnet wurde diesen möglichen Störquellen auf zweierlei Weise: Erstens wurde für die Datenerhebung ein explorativer Zugriff gewählt, bei dem den Teilnehmer*innen offene Fragen ohne Vorgaben zu ihren Theorien der „talking cure“ gestellt wurden – was mögliche Verzerrungen durch die eigene therapeutische Orientierung oder auch Vorkenntnisse bezüglich des Themas bei der Interviewführung erheblich reduziert. Zweitens wurde im Zuge der Datenauswertung und -interpretation – im Sinne der CQR-Methodik – die Möglichkeit von Verzerrungen aufgrund der eigenen Orientierung stets mitreflektiert und -diskutiert.

2.3. Datenerhebung

Interviewleitfaden. Der Interviewleitfaden wurde in zwei Schritten entwickelt. Im ersten Schritt wurde eine Liste offener Fragen zu Theorien der „talking cure“ entwickelt und in einer Pilotstudie an sechs Psychotherapeut*innen getestet. Die Befunde legten nahe, dass eine offene und explorative Datenerhebung am besten durch einen minimal strukturierenden Interviewleitfaden realisiert werden kann. Dieser bestand aus drei Elementen: Zunächst (1.) wurden die Teilnehmer darum gebeten, eine therapeutische Funktion von Sprache in der Psychotherapie zu benennen; anschließend wurde (2.) die genannte Funktion anhand von Nachfragen exploriert, um ihr Konzept der Funktion zu explizieren und präzisieren; schließlich (3.) wurden sie darum gebeten, die Funktion durch ein Fallbeispiel zu illustrieren. Um dies zu konkretisieren: Wenn unter Punkt (1.) der Aspekt der „Klärung“ durch Sprache genannt wurde, ging es unter

Tabelle 1: Deskriptive Statistiken der Studienstichprobe

	Psychodynamische Therapeut*innen (n = 12)				Verhaltenstherapeut*innen (n = 11)			
	N	M	SD	Range	N	M	SD	Range
Alter/Jahre		55.67	12.67	34-74		58.91	6.43	47-69
Geschlecht	6				7			
	6				4			
Höchster akademischer Abschluss	1 11				2 9			
Professionelle Erfahrung/Jahre		24.58	11.88	5-40		23.64	5.20	16-31
Patienten/Woche		15.75	3.57	10-20		23.50	6.87	13-35
Muttersprache	10				9			
	1				1			
	1				0			
	0				1			

Tabelle 2: Beschreibung des Forschungsteams

Autoren	Alter	Höchster akademischer Abschluss	Therapeutische Orientierung/Approbationen	Position/Profession	Funktion in der Studie
Autor 1	41 J.	M.A./Dipl.-Psych./M.Sc.	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Katholisch Imaginative Psychotherapie	Psychologischer Psychotherapeut	Primärteam
Autorin 2	32 J.	M.Sc.	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Psychologische Psychotherapeutin	Primärteam
Autorin 3	40 J.	B.A.	–	Studentin	Primärteam
Autorin 4	32 J.	B.A.	–	Studentin	Primärteam
Autor 5	55 J.	Habilitation	Psychoanalyse Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie Psychologischer Psychotherapeut	Berater
Autorin 6	50 J.	Habilitation	Psychoanalyse Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie Systemische Therapie	Professorin für Psychosomatik und Psychotherapie Psychologische Psychotherapeutin	Auditorin

Punkt (2.) darum, zu eruieren, was der/die Teilnehmer*in unter „Klärung“ konkret versteht und was der Begriff impliziert – um ihn/sie schließlich unter Punkt (3.) dazu anzuhalten, die beschriebene Funktion durch eine kurze Fallvignette zu illustrieren. In dieser Weise durchlief das Interview eine Serie iterativer Schleifen, in denen der beschriebene Dreischritt (1. Nennung der therapeutischen Funktion; 2. Exploration; 3. Illustration) so lange durchlaufen wurde, bis die Teilnehmer*innen angaben, ihre Theorien der „talking cure“ vollständig dargelegt zu haben.

Teilnehmerrekrutierung. Die Teilnehmerrekrutierung erfolgte auf Basis der Psychotherapeuten-Suchmaschine der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, die sämtliche in der Gesetzlichen Krankenversicherung tätigen Psychotherapeut*innen Berlins beinhaltet (<https://www.kvberlin.de/fuer-patienten/praxis-suche-der-kv-berlin>). Als Einschlusskriterium galt (1.) eine Approbation in analytischer Psychotherapie und/oder tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Verhaltenstherapie, und (2.) fünf Jahre oder mehr Berufserfahrung. Die Stichprobenziehung erfolgte in drei Schritten. Im ersten Schritt wurden anhand der KV-Suchmaschine zwei Listen von PD- ($N=841$; PD-Liste) und VT-Therapeut*innen ($N=649$; VT-Liste) erstellt. Im zweiten Schritt wurde aus der PD-Liste eine Zufallsstichprobe von $n=30$ Therapeut*innen für die Pilotstudie gezogen. Diese wurden per Post und/oder Telefon kontaktiert und um Teilnahme an der Studie gebeten; $n=6$ Therapeut*innen erklärten sich dazu bereit. Im dritten Schritt wurden anhand derselben Prozedur zwei Zufallsstichproben aus der PD-Liste ($n=60$) und der VT-Liste ($n=80$) gezogen. Als Teilnehmerzahl wurden mit Blick auf die CQR-Vorgaben $n=12$ Therapeut*innen pro Stichprobe anvisiert (Hill 2012). 23 Therapeut*innen erklärten sich zur Studienteilnahme bereit ($n=12$ PD- und $n=11$ VT-Therapeut*innen).

Interviews und Transkription. Die Studieninterviews wurden von Autor 1 ($n=15$) und Autorin 2 ($n=8$) durchgeführt. Alle Interviews wurden mit einem Audiorekorder aufgezeichnet und dauerten zwischen 41 und 68 Minuten ($M=52.48$, $SD=6.79$). Die Interviews wurden von einem professionellen Transkriptionsdienst nach standardisierten Regeln transkribiert (Mergenthaler u. Stinson 1992). Alle Transkripte wurden auf Korrektheit geprüft. Aus Datenschutzgründen wurden identifizierende Informationen entfernt und den Teilnehmer*innen ein Kode zugewiesen.

2.4. Datenanalyse

Domain-Kodierung und Core Idea-Konstruktion. Domains wurden für jedes Transkript zunächst von zwei Mitgliedern des Primärteams unabhängig kodiert. Anschließend erfolgte ein rekursiver Diskussionsprozess zwischen Primärteam und Auditorin, bis ein Konsens bezüglich der Kodierung erreicht war (s. o.). Die Konstruktion von Core Ideas folgte demselben Prinzip.

Cross-Analyse und Stability Check. Die Cross-Analyse wurde in zwei Schritten durchgeführt. Im ersten Schritt wurde ein vorläufiges Kategoriensystem auf Grundlage von $n=10$ PD- und $n=9$ VT-Transkripten konstruiert, wobei je zwei randomisiert ausgewählte Transkripte beider Stichproben ausgeschlossen wurden. Das Kategorien-

system wurde von der Auditorin geprüft, bis ein Konsens bezüglich der Kategorienstruktur erreicht war. Im zweiten Schritt wurden die verbleibenden vier Transkripte in die Cross-Analyse einbezogen. Dieser Schritt wird im CQR als „Stability Check“ bezeichnet und prüft, ob die Integration weiterer Core Ideas Veränderungen in der Kategorienstruktur erfordert. Dies war nicht der Fall, sodass das Kategoriensystem als saturiert gelten kann.

Kategorienfrequenzen. Pro Kategorie wurde die Frequenz der Nennung durch die Teilnehmer*innen bestimmt. Dabei wurde die CQR-Frequenzsystematik verwendet (Hill 2012), die mit folgenden Labels operiert: Eine Kategorie wurde dem Label „General“ (G) zugeordnet, wenn sie von $n = 22$ oder 23 Teilnehmer*innen genannt wurde; dem Label „Typical“ (T), wenn sie von $n = 12$ bis 21 Teilnehmer*innen genannt wurde; und dem Label „Variant“ (V), wenn sie von $n = 4$ – 11 Teilnehmer*innen genannt wurde. Unterschiede in Kategorienfrequenzen zwischen PD- und VT-Stichprobe wurden anhand des im CQR üblichen 30 %-Kriteriums evaluiert, das heißt Frequenzen einer Kategorie gelten als unterschiedlich, wenn sie um 30 % oder mehr voneinander abweichen (Hill 2012).

Ergebniskontrolle. Im letzten Schritt der Datenanalyse wurden die Teilnehmer*innen der Studie um Rückmeldung zum finalen Kategoriensystem gebeten. Zwei PD-Therapeuten gaben Rückmeldung, die sich auf die Implikationen der Befunde bezogen – Änderungen am Kategoriensystem wurden nicht vorgeschlagen.

3. Resultate

Die Studienteilnehmer*innen beschrieben ein breites Spektrum therapeutischer Funktionen der Sprache in der Psychotherapie. Diese wurden drei Domain-Kategorien zugeordnet: (1.) *Relationale Funktionen*, die den Effekt verbaler Aktivität unter dem Aspekt der therapeutischen Beziehung beschrieben; (2.) *Erlebens-/Erfahrungsbezogene Funktionen*, die verbale Aktivität als Mittel des Zugriffs auf oder der Modifikation von Erleben/Erfahrung von Patient*innen charakterisierten; und (3.) *Verhaltensbezogene Funktionen*, die verbale Aktivität als Mittel der Vorbereitung oder Induktion von Verhaltensänderungen darstellten (s. Tabelle 3). In den folgenden Abschnitten werden die unter den Domain-Kategorien subsumierten Funktionen expliziert. Anschließend werden Unterschiede in den Kategorienfrequenzen zwischen PD- und VT-Stichprobe diskutiert. Beispiele für Originaldaten zu den jeweiligen Funktionen finden sich im Anhang am Ende dieses Beitrags.

3.1. Relationale Funktionen

3.1.1. Herstellen/Verhandeln von Kontakt: Sprache stellt Kontakt zwischen Menschen her, verknüpft das Getrennte, schafft Verbindungen zwischen Patient*in und Therapeut*in. In diesem Sinne ist Miteinander-Sprechen die Voraussetzung für die Etablierung und Verhandlung therapeutischer Beziehungen.

Tabelle 3: Kategorien therapeutischer Funktionen der Sprache von $n = 23$ Psychotherapeut*innen mit psychodynamischer ($n = 12$) oder verhaltenstherapeutischer ($n = 11$) Orientierung

Domain/Kategorie	Frequenzen (N) ^a	Illustrative Core Ideas ^b
1. Relationale Funktionen		
1.1 Herstellen/Verhandeln von Kontakt	T (20)	Durch Sprechen kommen P und Th miteinander in Kontakt.
1.2 Resonanz erfahren	T (21)	Das Finden einer gemeinsamen Sprache in der Therapie löst beim P Freude aus, weil er sich erkannt und angenommen fühlt.
1.3 Emotional unterstützen	T (18)	Der Th kann den P trösten.
2. Erlebens-/Erfahrungsbezogene Funktionen		
2.1 Mit Erleben/Erfahrung in Kontakt kommen	G (23)	Durch Reden erlangt der P einen Zugang zu seinen Gefühlen.
2.2 Erleben/Erfahrung in Worte fassen	T (19)	Manchen P muss der Th eine Sprache vermitteln, um Gefühle zu benennen.
2.3 Erleben/Erfahrung offenbaren	T (21)	Viele P sprechen in der Therapie zum ersten Mal über bestimmte Erfahrungen.
2.4 Erleben/Erfahrung verstehen	G (23)	Durch Sprechen über Gefühle, Konflikte oder Probleme können diese besser verstanden werden.
2.5 Zu Erleben/Erfahrung Distanz schaffen	T (13)	Durch das Sprechen erlangt der P Distanz zu sich und seinem Problem.
2.6 Erleben/Erfahrung verdichten	T (16)	Durch das Sprechen über ein Problem erlangt dieses eine plastische Gestalt, die gemeinsam betrachtet werden kann.
2.7 Erleben/Erfahrung differenzieren	T (15)	Durch das Besprechen eines Themas erlangt der P eine differenziertere Perspektive darauf.
2.8 Erleben/Erfahrung restrukturieren	T (13)	Beim Sprechen ordnen sich die Dinge auf eine bestimmte Art.
2.9 Emotionale Entlastung	T (19)	Es ist entlastend für den P, sich in der Therapie aussprechen zu können.
3. Verhaltensbezogene Funktionen		
3.1 Handlungsfähigkeit erzeugen	T (15)	Indem der P über ein Problem spricht, bemerkt er, dass es handhabbar ist.
3.2 Ressourcen aktivieren	T (13)	Ressourcenaktivierung erfolgt auch dadurch, dass der Th dem P seine Ressourcen sprachlich vermittelt.
3.3 Verhaltensänderungen induzieren	T (19)	Sprechen ist Probehandeln.

Anmerkungen. ^aCQR-Frequenzintervalle: G = General ($n = 22/23$). T = Typical ($n = 12-21$). ^bP = Patient. Th = Therapeut.

3.1.2. *Resonanz erfahren*: Sprache ist Resonanz: Patienten*innen sprechen – und es kommt etwas zurück. Unabhängig vom Inhalt des Gesagten kann diese Resonanz-erfahrung die Präsenz eines interessierten, aufmerksamen Gegenübers verdeutlichen, wodurch sich Patient*innen gesehen, anerkannt, verstanden, wertgeschätzt fühlen können.

3.1.3. *Emotional unterstützen*: Sprache kann emotional unterstützen: Therapeut*innen nutzen sprachliche Interventionen, um Patient*innen etwas zu geben, zum Beispiel Trost, Ermutigung, Bestätigung.

3.2. Erlebens-/Erfahrungsbezogene Funktionen

3.2.1. *Mit Erleben/Erfahrung in Kontakt kommen*: Sprache stellt Kontakt zu Erleben/Erfahrung her: Diese/s ist oft nicht zugänglich, unverfügbar, abgespalten, verdrängt – im Miteinander-Sprechen können sich Patient*innen dem Abgetrennten annähern, in die Tiefe vordringen, das Verschlussene öffnen und so Kontakt dazu aufnehmen.

3.2.2. *Erleben/Erfahrung in Worte fassen*: Sprechen schafft Sprache für das bislang Unversprachlichte. Psychopathologie ist in diesem Sinne ein Sprachmangel oder Sprachlosigkeit: Belastende/s Erleben/Erfahrung ist zwar bewusst, aber nicht verbalisierbar – erst im Miteinander-Sprechen wird es in Worte gefasst.

3.2.3. *Erleben/Erfahrung offenbaren*: Sprache ist Selbstoffenbarung: Therapie kann ein freier, offener, sicherer Gesprächsraum sein, in dem Patient*innen zeigen können, was vorher unterdrückt, versiegelt war – oft zum ersten Mal, weil ihr Umfeld dies zuvor nicht ermöglichte.

3.2.4. *Erleben/Erfahrung verstehen*: Sprache erzeugt Verstehen: Das Miteinander-Sprechen kann ein gemeinsamer Reflexionsprozess sein, ein Klären, Durchdringen und Transparentmachen des zuvor Diffusen und Nicht-Verstandenen.

3.2.5. *Zu Erleben/Erfahrung Distanz schaffen*: Sprache schafft Distanz: Im Sprechen können Patient*innen vom Besprochenen einen Schritt zurücktreten, sich davon lösen, es perspektivieren, einen Überblick erlangen, wo sie vorher mittendrin feststeckten.

3.2.6. *Erleben/Erfahrung verdichten*: Sprache ist Verdichtung: Im Miteinander-Sprechen können für Erleben/Erfahrung sprachliche Wendungen und Bilder gefunden werden, die es in komprimierter Form auf den Punkt bringen, ihm eine konkretere, lebendigere, plastischere Form oder Gestalt verleihen.

3.2.7. *Erleben/Erfahrung differenzieren*: Sprache ist Differenzierung: Erleben/Erfahrung erscheinen oft einfach, monolithisch, schwarz/weiß – im Miteinander-Sprechen können darin Differenzierungen, Facetten, größere Diversität entdeckt werden.

3.2.8. *Erleben/Erfahrung restrukturieren*: Sprache restrukturiert Erleben/Erfahrung: Sie bietet die Möglichkeit, inneres Chaos zu ordnen, sortieren, reorganisieren oder es zu einer linearen, kohärenten Geschichte zu transformieren.

3.2.9. *Emotionale Entlastung*: Sprache ist Entlastung: Im Sprechen über belastende/s Erleben/Erfahrung können sich Patient*innen erleichtern, entspannen, erlösen oder auch Dampf ablassen, Energien freisetzen, Negatives aus dem System entfernen.

3.3. Verhaltensbezogene Funktionen

3.3.1. *Handlungsfähigkeit erzeugen*: Sprache erzeugt Handlungsfähigkeit: Im Miteinander-Sprechen über belastende/s Erleben/Erfahrung können Patient*innen realisieren, dass Veränderungen möglich sind, indem sie aktiv handeln.

3.3.2. *Ressourcen aktivieren*: Sprache aktiviert Ressourcen, die Patient*innen haben, auf die sie aber nicht zugreifen können – etwa dadurch, dass Therapeut*innen ihnen ihre Stärken, Kompetenzen, Errungenschaften vor Augen führen.

3.3.3. *Verhaltensänderungen induzieren*: Sprache induziert Verhaltensänderungen: Das Miteinander-Sprechen bringt etwas in Bewegung, führt zu konkreten Handlungen, oft durch ein verbales Probehandeln, in dem auf sprachlichem Level ausprobiert werden kann, was im Leben umzusetzen ist.

3.4. Unterschiede zwischen psychodynamischen Therapeut*innen und Verhaltenstherapeut*innen

Bei fünf Kategorien zeigten sich Unterschiede in den Kategorienfrequenzen zwischen PD- und VT-Stichprobe: PD-Therapeut*innen nannten häufiger die Kategorien „Resonanz erfahren“ (PD: $n = 12$; VT: $n = 9$), „Erleben/Erfahrung offenbaren“ (PD: $n = 12$; VT: $n = 9$) und „Erleben/Erfahrung verdichten“ (PD: $n = 11$; VT: $n = 5$); VT-Therapeut*innen häufiger die Kategorien „Handlungsfähigkeit erzeugen“ (PD: $n = 5$; VT: $n = 10$) und „Ressourcen aktivieren“ (PD: $n = 4$; VT: $n = 9$).

4. Diskussion

Diese Studie verfolgte das Ziel, zentrale theoretische Kategorien der therapeutischen Funktion von Sprache in der Psychotherapie zu identifizieren. Zu diesem Zweck wurden psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapeut*innen zu ihren subjektiven Theorien der „talking cure“ befragt. Im Resultat ergab sich ein komplexes System von Kategorien, hinsichtlich dessen drei zentrale Befunde hervorzuheben sind.

Erstens implizieren die Theorien der interviewten Therapeut*innen, Konzeptualisierungen der therapeutischen Funktion von Sprache grundsätzlich breit anzulegen und hierbei relationale, erlebens-/erfahrungsbezogene sowie verhaltensbezogene Funktionen zu berücksichtigen. Die meisten dieser Funktionen wurden in Theorie und Forschung beschrieben (Marx et al. 2017; 2020; Russell 1989; Stiles 2017) – dies allerdings nicht systematisch, sondern meist mit Blick auf bestimmte Typen verbaler Aktivität und die mit ihnen assoziierten Funktionen. Den Fokus bildeten dabei traditionell die hier als erlebens-/erfahrungsbezogen bezeichneten Funktionen, die Sprache als Mittel der Explikation oder Modifikation pathologisch-maladaptiver Erlebens- und Erfahrungskonstellationen fassen (Marx et al. 2020; Russell 1989; Stiles 2017). Bekannt ist weiterhin die relationale Perspektive auf Sprache als Beziehungsmedium,

etwa im Zusammenhang mit supportiven Interventionen (Leichsenring et al. 2006) oder metakommunikativen Strategien der Beziehungsverhandlung (Safran u. Muran 2003). Weniger geläufig ist demgegenüber die Akzentuierung verhaltensbezogener Funktionen der Sprache – insofern es in therapeutischen Kontexten eher üblich ist, *Sprechen* und *Handeln* als etwas Entgegengesetztes zu thematisieren. Demgegenüber legen die Überlegungen der Interviewten nahe, auch bezüglich explizit verhaltensfokussierter Interventionen einen sprachlichen Aspekt zu akzentuieren, der für deren Implementierung wesentlich sein kann. Diese Annahme lässt sich durch Verweis auf die Forschungsliteratur untermauern – so können Ressourcen unter anderem durch verbale Übungen aktiviert (Flückiger et al. 2010) oder auch positive Verstärkung durch Sprechakte wie ein Lob induziert (Fuoco et al. 1988) werden.

Ein *weiterer* Befund der Studie ergibt sich durch einen Vergleich des resultierenden Kategoriensystems mit Systematiken therapeutischer Wirkfaktoren (Orlinsky et al. 2004; Tschacher et al. 2014; Wampold u. Imel 2015). Hier zeigen sich zunächst Bezüge vieler der von den Interviewten genannten therapeutischen Sprachfunktionen zu in Theorie und Forschung umschriebenen *spezifischen Therapietechniken*. Mit Blick auf die Forschung ist dabei auffallend, dass diese Funktionen in der Empirie häufig mit unterschiedlichen Typen verbaler Aktivität assoziiert wurden (Marx et al. 2020): *Emotionale Entlastung* zum Beispiel mit Selbstoffenbarungsprozessen (Farber 2003), Emotionsverbalisierungen (Greenberg 2012) und Narrativen (Rennie 1994); *Erleben/Erfahrung verstehen* mit Übertragungsdeutungen (Johansson et al. 2010), Metaphern (Hill u. Regan 1991) und Narrativen (Stiles et al. 1999); oder auch *emotional unterstützen* mit empathischer Validierung, Rat und Lob sowie Affirmation (Leichsenring et al. 2006). Des Weiteren zeigen sich aber auch Bezüge der genannten Sprachfunktionen zu *allgemeinen Wirkfaktoren* (Orlinsky et al. 2004; Wampold u. Imel 2015), zum Beispiel der therapeutischen Allianz (Bordin 1979, vgl. *Herstellen/Verhandeln von Kontakt und Resonanz erfahren*), der Klärung (Grencavage u. Norcross 1990, vgl. *Erleben/Erfahrung verstehen*), der affektiven Katharsis (Scheff 2001, vgl. *Emotionale Entlastung*), der Ressourcenaktivierung (Grawe 2004, vgl. *Ressourcen aktivieren*) oder der Verhaltensregulation (Tschacher et al. 2014, vgl. *Induktion von Verhaltensänderungen*). Fraglich bleibt, wie dieser Befund einzuordnen ist – dass also die Interviewten, gefragt nach den therapeutischen Funktionen der Sprache, ein Set von Kategorien benennen, die Überschneidungen mit zwei der innerhalb der Psychotherapieforschung als zentral für die Induktion therapeutischer Veränderungsprozesse geltenden Typen von Wirkfaktoren aufweisen. Bemerkenswert sind diese Überschneidungen insofern, als bezüglich dieser Wirkfaktortypen in der Forschung lange Zeit kontrovers diskutiert wurde, welcher der beiden Typen als bedeutsamer zu gelten hat – spezifische Techniken oder allgemeine Wirkfaktoren (Tschacher et al. 2014)? In der neueren Forschung hat sich diese Diskussion allerdings entschärft: Mittlerweile zeichnet sich die Tendenz ab, die Relevanz beider Faktorentypen anzuerkennen und eher zu fragen, wie spezifische Techniken und allgemeine Wirkfaktoren zusammenwirken (Laska et al. 2014). Eine mögliche Antwort auf diese Frage besteht darin, Therapietechniken als Mittel der Implementierung allgemeiner Wirkfaktoren

zu interpretieren (Tschacher et al. 2014). Hieraus ergibt sich eine Möglichkeit für die Einordnung der Studienbefunde: Die Frage nach den therapeutischen Funktionen von Sprache hielt die Interviewten dazu an, über Sprache als Auslöser therapeutisch heilsamer Effekte zu reflektieren. Wenn nun allgemeine Wirkfaktoren als Effekte spezifischer Techniken gelten können, ist es nachvollziehbar, dass die benannten Kategorien Bezüge nach zwei Seiten aufweisen – zum einen hin zum Aspekt der Sprache als induzierender Technik, zum anderen hin zu den Effekten dieser Technik, die sich in Termini allgemeiner Wirkfaktoren beschreiben lassen. Die theoretische Implikation dieses Befundes könnte sein, dass bezüglich spezifischer Therapietechniken wie auch allgemeiner Wirkfaktoren von einer basalen *sprachlichen Materialität* auszugehen ist: Sprache hätte demnach einen Anteil an der Implementierung/Realisierung beider Wirkfaktortypen – was ein wesentlicher Grund dafür sein mag, weshalb sie in den zentralen Wirkfaktorsystematiken so schwer theoretisch zu verorten ist – es gleichzeitig aber in der Tradition stets so plausibel gewesen zu sein scheint, Psychotherapie übergreifend als „talking cure“ zu charakterisieren. Diese Überlegung ist freilich zu relativieren – immerhin wurden hier subjektive Theorien von Psychotherapeut*innen erfragt, keine konkreten Effekte sprachlicher Vollzüge evaluiert. Gleichwohl: Folgt man der skizzierten Überlegung, wäre zu folgern, dass sprachliche Vollzüge als therapeutisches Agens die Gesamtheit therapeutisch relevanter Wirkfaktoren durchziehen. Diesen sprachlichen Aspekt empirisch zu präzisieren könnte für die Forschung eine relevante Perspektive darstellen, insofern er einen der wesentlichen manifesten Aspekte des in weiten Teilen latenten Prozesses therapeutischer Veränderungsinduktion ausmacht, den technisch verfügbar zu machen für Forschung und Praxis gleichermaßen fruchtbar sein könnte.

Ein *dritter* Befund schließlich ist, dass sich die Theorien der „talking cure“ der psychodynamisch und verhaltenstherapeutisch orientierten Psychotherapeut*innen weitgehend ähneln. Zwar deuten sich bezüglich der Kategorienfrequenzen einige Unterschiede an: Psychodynamische Therapeut*innen benannten häufiger eine relationale Funktion (*Resonanz erfahren*) und zwei erlebens-/erfahrungsbezogene Funktionen (*Erleben/Erfahrung offenbaren/verdichten*) und verhaltenstherapeutische Therapeut*innen häufiger zwei verhaltensbezogene Funktionen der Sprache (*Handlungsfähigkeit erzeugen; Ressourcen aktivieren*) – was auf Unterschiede der therapeutischen Orientierung, aber auch auf Zufälle bei der Stichprobenziehung zurückführbar sein mag. Insgesamt aber zeigten die Theorien beider Stichproben mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede, was darauf hindeutet, dass die interviewten Therapeut*innen heilsame Funktionen der Sprache theoretisch in vergleichbarer Weise konstruieren. Generalisieren lässt sich dieser Befund aufgrund der Stichprobengröße nicht – für sich genommen unterstreicht die Studie aber die Position, bezüglich Theorie und Praxis verschiedener Therapieschulen von einem *Common Ground* auszugehen (Tschacher et al. 2014).

4.1. Limitationen

Die Studie hat einige Limitationen. Die *erste Limitation* ergibt sich aus der Stichprobe: Obwohl diese für eine qualitative Studie mit $n = 23$ Teilnehmer*innen relativ groß ist, bleibt unklar, inwiefern die Befunde für die Population von PD- und VT-Therapeut*innen repräsentativ sind. Es ist nicht auszuschließen, dass andere PD- und VT-Therapeut*innen andere als die hier genannten Funktionen der Sprache genannt hätten. Weiterhin ist zu bedenken, dass die Studie Psychotherapeut*innen anderer Orientierungen, die für die therapeutische Versorgung ebenso bedeutsam sind, nicht berücksichtigt – humanistisch oder systemisch orientierte Therapeut*innen etwa, deren Perspektive auf die Sprache sich von Psychodynamiker*innen und Verhaltenstherapeut*innen unterscheiden mag. Die Folge dieser Limitation könnte sein, dass im Rahmen dieser Studie nur ein eingeschränktes Spektrum therapeutischer Funktionen verbaler Aktivität in den Blick kommt – was in anknüpfenden Studien zu prüfen wäre. Eine *zweite Limitation* besteht darin, dass die Studie von einem Forschungsteam geplant und durchgeführt wurde, das in weiten Teilen psychodynamisch geprägt ist, was zu Verzerrungen bei der Datenerhebung, -analyse und -interpretation beigetragen haben könnte. Um dem vorzubeugen, wäre es zum Beispiel sinnvoll gewesen, eine/n Auditor*in mit verhaltenstherapeutischer Prägung in die Studie mit einzubeziehen – was auch erwogen wurde, aus organisatorischen Gründen aber nicht möglich war. Gegen die Annahme möglicher Verzerrungen spricht das Studiendesign: So erfolgte die Datenerhebung explorativ auf Grundlage eines offen gestalteten Interviewleitfadens, so dass von Seiten der Interviewer*innen keine Vorauswahl therapeutischer Funktionen der Sprache getroffen werden konnte. Zudem wurde – im Sinne der CQR-Methodik – beim Prozess der Datenanalyse stets darauf geachtet, kritische Distanz zu wahren und eventuelle Vorannahmen zu überprüfen und gegebenenfalls Voreingenommenheiten im Diskussions- und Auditing-Prozess auszuschließen. Eine *dritte Limitation* betrifft den theoretischen Schwerpunkt der Studie. Die Interviews fokussierten *Theorien* der „talking cure“, wobei unklar blieb, ob (a) die Theorien der Teilnehmer*innen ihre verbale Praxis widerspiegeln, und (b), ob die beschriebenen Sprachfunktionen die theoretisch unterstellten Funktionen auch tatsächlich haben. Eine Folge könnte sein, dass die Teilnehmer*innen Funktionen beschrieben haben, die ihre Praxis nicht exakt widerspiegeln oder aber sich in der Praxis anders ausprägen als von den Teilnehmer*innen angenommen. In diesem Zusammenhang ist weitere Forschung notwendig, um den Zusammenhang zwischen Theorie und Praxis der therapeutischen Funktion von Sprache zu bestimmen. Eine *vierte Limitation* besteht darin, dass die Studie die von den Teilnehmer*innen genannten Funktionen der Sprache nicht mit spezifischen Typen verbaler Aktivität verknüpft. Inwiefern dies möglich ist, muss offen bleiben – immerhin weist die Forschung darauf hin, dass spezifische Typen verbaler Aktivität mit unterschiedlichen Funktionen verknüpft sein können (Marx et al. 2020). Gleichwohl sollte langfristig das Ziel sein, diese Verknüpfungen im Rahmen weiterer empirischer Forschung zu präzisieren.

4.2. Implikationen

Trotz der Limitationen leistet die Studie einen relevanten Beitrag zur Psychotherapieforschung. Zunächst erarbeitet sie ein theoretisches System von Kategorien therapeutischer Funktionen der Sprache aus Sicht klinisch tätiger Psychotherapeut*innen, das in vergleichbarer Weise bislang nicht vorgelegt wurde und impliziert, Forschung zur „talking cure“ breit anzulegen und hierbei relationale, erlebens-/erfahrungsbezogene sowie verhaltensbezogene Prozesse zu berücksichtigen – was für weitere Systematisierungsschritte hilfreich sein kann. Ergänzend könnte hierbei die Berücksichtigung weiterer Perspektiven auf die „talking cure“ relevant sein, so etwa die subjektiven Theorien von Psychotherapeut*innen anderer Therapieschulen oder auch Patienten*innen – letzteres ist in einem an diese Studie anknüpfenden Projekt geplant. Weitere relevante Ergänzungen und Differenzierungen könnten sich zudem aus der Erforschung der Perspektive von Therapeut*innengruppen bieten, deren Tätigkeit den nicht-sprachlichen Ausdruck fokussiert, zum Beispiel Musik-, Kunst- oder Bewegungstherapeuten. Weiterhin deuten die Befunde der Studie auf eine Omnipräsenz sprachlicher Vollzüge im Kontext therapeutischer Veränderungsprozesse hin, die für spezifische Therapietechniken verschiedener Therapieschulen wie auch allgemeine Wirkfaktoren gleichermaßen relevant sein mag. Damit schafft die Studie Anknüpfungspunkte für weitere Forschung, die zu einer Präzisierung und Systematisierung der Funktion sprachlicher Vollzüge bei der Induktion therapeutischer Veränderungsprozesse beitragen können.

Literatur

- Angus, L. E., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Macaulay, C., Khattra, J. (2017): The narrative-emotion process coding system 2.0: A multi-methodological approach to identifying and assessing narrative-emotion process markers in psychotherapy. *Psychother Res* 27, 253–269.
- Barber, J. P. (2009): Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychother Res* 19, 1–12.
- Benecke, C., Peham, D., Bänninger-Huber, E. (2005): Nonverbal relationship regulation in psychotherapy. *Psychother Res* 15, 81–90.
- Bordin, E. S. (1979): The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theor Res Pract* 16, 252–260.
- Breuer, J., Freud, S. (1895): Studien über Hysterie. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Brumberg, J., Gumz, A. (2012): Was sind Übertragungsdeutungen und wie wirken sie? Eine systematische Übersicht. *Z Psychosom Med Psychother* 58, 219–235.
- Buchholz, M. B., Kächele, H. (2017): From turn-by-turn to larger chunks of talk: An exploratory study in psychotherapeutic micro-processes using conversation analysis. *Res Psychother Psychopath Proc and Outc* 20, 161–178.
- Carroll, K. M., Nich, C., Sifry, R. L., Nuro, K. F., Frankforter, T. L., Ball, S. A., Rounsaville, B. J. (2000): A general system for evaluating therapist adherence and competence in psychotherapy research in the addictions. *Drug Alcohol Depend* 57, 225–238.

- Castonguay, L. G., Beutler, L. E. (2006): Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *J Clin Psychol* 62, 631–638.
- Chambless, D. L., Ollendick, T. H. (2001): Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Ann Rev Psychol* 52, 685–716.
- Farber, B. A. (2003): Patient self-disclosure: A review of the research. *J Clin Psychol* 59, 589–600.
- Flückiger, C., Wüsten, G., Zinbarg, R. E., Wampold, B. E. (2010): Resource activation: Using clients' own strengths in psychotherapy and counseling. Bern: Hogrefe.
- Fuoco, F. J., Lawrence, P. S., Vernon, J. B. (1988): Post-treatment effects of token reinforcement, verbal praise, and self-monitoring in a residential psychiatric program. *Behav Res Treat* 3, 267–285.
- Gelo, O. C. G., Mergenthaler, E. (2012): Unconventional metaphors and emotional-cognitive regulation in a metacognitive interpersonal therapy. *Psychother Res* 22, 159–175.
- Gendlin, E. T. (1997): *Experiencing and the creation of meaning*. Evanston: Northwestern University Press.
- Georgaca, E., Avdi, E. (2009): Evaluating the talking cure: The contribution of narrative, discourse, and conversation analysis to psychotherapy assessment. *Qual Res Psychol* 6, 233–247.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Oliveira, J. T. (2017): Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychother Res* 27, 270–282.
- Grawe, K. (2004): *Psychological therapy*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Greenberg, L. S. (2012): Emotions, the great captains of our lives: Their role in the process of change in psychotherapy. *Am Psychol* 67, 697–707.
- Greenson, R. (2007): *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grencavage, L. M., Norcross, J. C. (1990): Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Prof Psychol Res Pract* 21, 372–378.
- Gumz, A., Horstkotte, J. K., Kästner, D. (2014): Das Werkzeug des psychodynamischen Psychotherapeuten – Verbale Interventionstypen aus theoretischer und aus der Praxis abgeleiteter Perspektive. *Z Psychosom Med Psychother* 60, 219–237.
- Gumz, A., Treese, B., Marx, C., Strauss, B., Wendt, H. (2015): Measuring verbal psychotherapeutic techniques – A systematic review of intervention characteristics and measures. *Front Psychol*, doi: 10.3389/fpsyg.2015.01705.
- Gumz, A., Neubauer, K., Horstkotte, J. K., Geyer, M., Löwe, B., Murray, A. M., Kästner, D. (2017): A bottom-up approach to assess verbal therapeutic techniques. Development of the Psychodynamic Interventions List (PIL). *PloS One* 12, doi: 10.1371/journal.pone.0182949.
- Habermas, T., Döll-Hentschker, S. (2017): The form of the story: Measuring formal aspects of narrative activity in psychotherapy. *Psychother Res* 27, 300–312.
- Hill, C. E., Regan, A. M. (1991): The use of metaphors in one case of brief psychotherapy. *J Int Ecl Psychother* 10, 56–67.
- Hill, C. E. (2012): *Consensual Qualitative Research: A practical resource for investigating social science phenomena*. Washington: American Psychological Association.
- Hilsenroth, M. J., Blagys, M. D., Ackerman, S. J., Bonge, D. R., Blais, M. A. (2005): Measuring psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral techniques: Development of the Comparative Psychotherapy Process Scale. *Psychother Theor Res Pract Train* 42, 340–356.
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlø, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., Heyerdahl, O. (2010): The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *J Consult Clin Psychol* 78, 438–448.

- Laska, K. M., Gurman, A. S., Wampold, B. E. (2014): Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychother* 51, 467–481.
- Leichsenring, F., Hiller, W., Weissberg, M., Leibing, E. (2006): Cognitive-behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy: Techniques, efficacy, and indications. *Am J Psychother* 60, 233–259.
- Levitt, H. M., Korman, Y., Angus, L. E. (2000): A metaphor analysis in treatments of depression: Metaphor as a marker of change. *Couns Psychol Quart* 13, 23–35.
- Marx, C., Benecke, C., Gumz, A. (2017): Talking cure models: A framework of analysis. *Front Psychol* 8, doi: 10.3389/fpsyg.2017.01589.
- Marx, C., Benecke, C., Gumz, A. (2020): Wie kann Reden heilen? Zur Sprache in der Psychotherapie. *Forum Psychoanal*, doi: 10.1007/s00451-00020-00374-w.
- McCarthy, K. S., Barber, J. P. (2009): The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): Initial report. *Psychother Res* 19, 96–113.
- Mergenthaler, E., Stinson, C. H. (1992): Psychotherapy transcription standards. *Psychother Res* 2, 125–142.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In: Lambert, M. J. (Hg.): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, S. 307–389. New York: Wiley.
- Rennie, D. L. (1994): Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience. *Psychother Theor Res Pract Train* 31, 234–243.
- Russell, R. L. (1989): Language and psychotherapy. *Clin Psychol Rev* 9, 505–519.
- Safran, J. D., Muran, J. C. (2003): *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York und London: The Guilford Press.
- Scheff, T. J. (2001): *Catharsis in healing, ritual, and drama*. Lincoln: Author's Guild (1979).
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., Lani, J. A. (1999): Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *J Clin Psychol* 55, 1213–1226.
- Stiles, W. B. (2017): Finding the right words: Symbolizing experience in practice and theory. *Pers Cent Exper Psychother* 16, 1–13.
- Timulak, L. (2007): Identifying core categories of client-identified impact of helpful events in psychotherapy: A qualitative meta-analysis. *Psychother Res* 17, 305–314.
- Tschacher, W., Junghan, U. M., Pfammatter, M. (2014): Towards a taxonomy of common factors in psychotherapy – Results of an expert study. *Clin Psychol Psychother* 21, 82–96.
- Wampold, B. E. (2007): Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *Am Psychol* 62, 855–873.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E. (2015): *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. New York: Routledge.
- Woolfolk, R. L. (2015): *The value of psychotherapy: The talking cure in an age of clinical science*. New York und London: The Guilford Press.

Korrespondenzadresse: Christopher Marx, Handjerystraße 71, 12159 Berlin,
E-Mail: praxis-marx@posteo.de

Anhang

Die folgende Tabelle dient der Illustration der von den Studienteilnehmer*innen genannten therapeutischen Funktionen der Sprache in der Psychotherapie. Bezugspunkt ist dabei Tabelle 3 der Studie. In der linken Spalte („Kategorie“) findet sich der jeweilige Name der Funktion innerhalb des Kategoriensystems, in der mittleren Spalte („Illustrative Core Ideas“) die in Tabelle 3 jeweils pro Kategorie angegebene illustrative Core Idea, in der rechten Spalte („Original-Interviewtext“) die Rohdaten, auf deren Grundlage die jeweilige Core Idea konstruiert wurde.

Kategorie	Illustrative Core Ideas	Original-Interviewtext
1.1 Herstellen/Verhandeln von Kontakt	Durch Sprechen kommen P und Th miteinander in Kontakt.	„Ja, ich glaub [...], dass das Sprechen auch ein Weg ist, miteinander in den Kontakt zu kommen.“
1.2 Resonanz erfahren	Das Finden einer gemeinsamen Sprache in der Therapie löst beim P Freude aus, weil er sich erkannt und angenommen fühlt.	„[...] wenn man [=P und Th] gemeinsam Begriffe findet und vielleicht gar nicht mehr so richtig zu identifizieren ist, von wem kam jetzt eigentlich der Begriff? [...] dann [...] gibt das dem Patienten [...] richtig eine Art von Freude, die was mit, ich werde [...] erkannt als der oder als die, die ich bin. Also das löste erst mal ganz viel [...] Freude aus und das Gefühl, angenommen zu sein. [...] also wenn man [...] eine individuelle Sprache findet.“
1.3 Emotional unterstützen	Der Th kann den P trösten.	„Also mir fallen noch Sachen ein, [...] wo ich so etwas wie Trost ausgesprochen habe. [...] Also Trost aussprechen, so das halte ich für auch eine sehr wirksame Intervention.“
2.1 Mit Erleben/Erfahrung in Kontakt kommen	Durch Reden erlangt der P einen Zugang zu seinen Gefühlen.	„Na ja, also ich denke, dass einmal der Patient über das Reden [...] mehr Gefühl dafür bekommt, was eigentlich los ist [...]. Das ist [...] eine Möglichkeit [...], um überhaupt einen Zugang zu schaffen zu den Emotionen.“
2.2 Erleben/Erfahrung in Worte fassen	Manchen P muss der Th eine Sprache vermitteln, um Gefühle zu benennen.	„Und [...] dann müssen Sie [=Th] ja zum Beispiel manchen Patienten überhaupt erst eine Sprache vermitteln, wie man Gefühle benennen kann. [...] Und dann müssen wir Sprache zum Teil regelrecht etablieren.“
2.3 Erleben/Erfahrung offenbaren	Viele P sprechen in der Therapie zum ersten Mal über bestimmte Erfahrungen.	„Ja, viele Patienten sprechen hier zum ersten Mal über [...] bestimmte Erfahrungen [...]. Die haben sie immer verschlossen, tragisch. [...] Also das heißt damit ja auch, die haben alle, alle damit verbundenen Gefühle weggebuddelt. [...] Für andere ist das manchmal auch ein [...] Dammbreach, [...] das Sprechen.“
2.4 Erleben/Erfahrung verstehen	Durch Sprechen über Gefühle, Konflikte oder Probleme können diese besser verstanden werden.	„Und das würde ich sagen, dass also durch die Therapie so ein Prozess da ist, zu verstehen, woher diese Gefühle kommen oder Konflikte oder Probleme und eben dadurch, [...] dass also ein Sprechen darüber [...] ermöglicht, dass auch darüber kommuniziert werden kann. Und auch besser verstanden werden kann.“

<p>2.5 Zu Erleben/Erfahrung Distanz schaffen</p>	<p>Durch das Sprechen erlangt der P Distanz zu sich und seinem Problem.</p>	<p>„Viele Patienten, die [...] ihre Emotionen nicht so gut regulieren können, [...] kommen ja her und sind überflutet [...] Und dann nimmt man das auch ein Stückweit tatsächlich von demjenigen ja weg. [...] Durch die Distanz, die dadurch entsteht. Also Distanz zu sich und Distanz zu seinem Problem.“</p>
<p>2.6 Erleben/Erfahrung verdichten</p>	<p>Durch das Sprechen über ein Problem erlangt dieses eine plastische Gestalt, die gemeinsam betrachtet werden kann.</p>	<p>„Das heißt, es wird etwas gesagt und das ist vielleicht emotionsgeladen oder konfliktbeladen, vielleicht, also da sind störende, negative Gefühle irgendwo in dem Thema mit drin und dadurch dass derjenige sich das jetzt angucken kann [...] wird etwas Diffuses [...] besprechbarer, es nimmt eine Gestalt an und derjenige kann [...] sich dieses Objekt, das Problem irgendwie mehr plastisch angucken. Also dieses Problem bekommt eine Gestalt.“</p>
<p>2.7 Erleben/Erfahrung differenzieren</p>	<p>Durch das Besprechen eines Themas erlangt der P eine differenziertere Perspektive darauf.</p>	<p>„Und dann kann er sprechen und dann sieht er manches vielleicht auch anders oder differenzierter halt, dann ist es halt nicht nur schlecht oder gut oder schwarz oder weiß, sondern man hat die Möglichkeiten zu sagen, ja, es ist schlecht, aber es ist nicht nur schlecht, weil es ist auch was Gutes passiert.“</p>
<p>2.8 Erleben/Erfahrung restrukturieren</p>	<p>Beim Sprechen ordnen sich die Dinge auf eine bestimmte Art.</p>	<p>„Ich glaube, [...] weil die Patienten erst mal die Möglichkeit haben, mit uns über Dinge zu sprechen [...] [...] dass sich bei dem Sprechen sicherlich [...] Dinge auch noch mal ordnen [...] auf eine bestimmte Art.“</p>
<p>2.9 Emotionale Entlastung</p>	<p>Es ist entlastend für den P, sich in der Therapie aussprechen zu können.</p>	<p>„Also was [...] ich, glaube ich, jetzt für ein wichtiges Thema halte, ist einfach [...] diese Erfahrung dass es für Patienten entlastend ist, wenn sie sich aussprechen können. Das ist ja fast in jeder Therapiesitzung so. Also wenn die kommen, dass die oft schon unter Druck stehen und froh sind, dass sie was loswerden, was sie gerade erlebt haben oder was sie belastet hat.“</p>
<p>3.1 Handlungsfähigkeit erzeugen</p>	<p>Indem der P über ein Problem spricht, bemerkt er, dass es handhabbar ist.</p>	<p>„Und dann kann er [=der P] sprechen und dann sieht er manches vielleicht auch anders [...]. Irgendwann denkt er; er sei das Problem oder er kommt mit diesen Gefühlen oder mit dieser Situation hier rein und darf rausgehen mit der Erkenntnis, okay, das ist handhabbar. Ich kann das drehen und wenden und ich kann darüber reden [...]. Ich bin nicht das Problem, sondern ich habe ein Problem, XY.“</p>
<p>3.2 Ressourcen aktivieren</p>	<p>Ressourcenaktivierung erfolgt auch dadurch, dass der Th dem P seine Ressourcen sprachlich vermittelt.</p>	<p>„Und ich betone im Grunde genommen [...] diese Ressourcenorientierung [...], dass die Ressourcen manchmal [...] einem scheinbar abhandeln kommen. Und ein ganz wichtiger Punkt ist dabei in meiner Behandlung, diese Ressourcen wieder zu aktivieren und auch [...] sprachlich zu vermitteln. [...] Und diese Tatsache, dass ich weiß, auch dieser Mensch, wenn auch selbst depressiv oder ängstlich oder wie auch immer, hat Ressourcen.“</p>
<p>3.3 Verhaltensänderungen induzieren</p>	<p>Sprechen ist Probehandeln.</p>	<p>„Aber ich glaube, dass das Sprechen an und für sich, und das war halt Ihre Frage, dass das Sprechen an und für sich auch so ein Aspekt, ich würde es mal eher so ein Probehandeln, ich würde mal Probehandeln dazu sagen wollen.“</p>