

Redaktion

J. Eckert, Hamburg

M. E. Beutel · K. Ademmer · M. Rasting

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen

Affektive Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten

Zum Einfluss auf den psychotherapeutischen Behandlungserfolg am Beispiel stationärer Kurzzeittherapie

Die Entwicklung einer positiven Beziehung in den ersten Behandlungsstunden war in zahlreichen Studien das beste Vorhersagemerkmal für den Erfolg ambulanter Psychotherapie (Orlinsky et al. 2004); der stationäre Behandlungserfolg ließ sich nicht so konsistent vorher sagen (Bassler et al. 1995). Allerdings gibt es noch keine übereinstimmende und gesicherte Definition einer *hilfreichen Beziehung*. Obgleich bekannt ist, dass 50–80% der interpersonellen Information über nonverbale Kanäle vermittelt wird (vgl. Beutler et al. 1994; Ekman et al. 1980), werden nonverbale Austauschvorgänge in der Psychotherapieforschung, in der Fort- und Weiterbildung vernachlässigt. Reiks Metapher vom „Hören mit dem dritten Ohr“ (1948/1990) legt die Beachtung der nonverbalen Nuancen nahe, um Zugang zur affektiven Bedeutung verbaler Äußerungen von Patienten zu gewinnen. Sandler (1976) konzeptualisierte die Bereitschaft der Rollenübernahme des Analytikers auf Übertragungsangebote des Patienten als wesentlich für den therapeutischen Fortschritt. Nach kognitions- und neurowissenschaftlich beeinflussten Auffassungen (Beutel 2002) ist das „implizite Beziehungswissen“ (Stern et al. 1998) nicht dem deklarativen, sondern dem prozeduralen Wissensspeicher zugehörig, der nicht direkt über verbale interpretative Interventionen zugänglich ist.

Demnach bedarf es einer interpersonellen Abstimmung, um mutative „Momente der Begegnung“ entstehen zu lassen.

Mikroanalytische Verfahren wie das „facial action coding system“ (FACS) eröffnen den Zugang zu affektiven Interaktionsmustern zwischen Patienten und Therapeuten. Die Studien von Ekman und Friesen (1975) bestätigten die Hypothese Darwins (1872; 1998), dass eine begrenzte Zahl phylogenetisch verankerter sog. Primäraffekte (z. B. Furcht, Trauer, Freude) zuverlässig und kulturübergreifend zu beschreiben ist. Mimischer Affektausdruck kann sich a) auf den Inhalt des Dialogs beziehen (*symbolische Funktion*), b) den Zustand des Selbst und die nächste wahrscheinliche Handlungsweise ausdrücken (*expressive Funktion*), und c) Einstellungen gegenüber dem Partner und dem gegenwärtigen Zustand der Beziehung signalisieren (*beziehungsregulierende Funktion*; Krause u. Merten 1996; Scherer u. Wallbott 1990). Lächeln erfüllt wichtige regulative Funktionen in einer dyadischen Beziehung (Bänninger-Huber u. Widmer 1999; Benecke 2002; De Roten et al. 2002; Krause u. Lütolf 1989; Merten et al. 1996); es kann im Sinne eines „Strategiesignals“ (Duncan et al. 1979) einen negativen Affekt maskieren (Ekman et al. 1980), abmildern und Bindung fördern (den Gesprächspartner zum „Mitlächeln“ einladen).

Psychische Störungen werden aus unterschiedlichen theoretischen Perspektiven als repetitive, maladaptive Beziehungsmuster beschrieben (z. B. „zentrale Beziehungskonflikte“ nach Luborsky 1988; „Schemata“ oder „Störungsattraktoren“ nach Grawe 1998). In einer wegweisenden klinischen Studie mit dem FACS fanden Steimer-Krause et al. (1990), dass Patienten, die an einer schizophrenen oder einer psychosomatischen Erkrankung (Colitis ulcerosa) litten, spezifische mimische Affektmuster in alltäglichen Interaktionen zeigten. Hedonische mimische Signale (Freude, Lächeln, Überraschung, mimische affektive Mitbewegungen) waren insgesamt reduziert, einzelne anhedonische Affekte vermehrt (Verachtung bei den Schizophrenen, Ekel bei den männlichen Colitispatienten). Normale Kontrollpersonen, die in Unkenntnis darüber waren, dass sie es mit Patienten zu tun hatten, passten während eines Gesprächs über Sachthemen unbewusst ihr nonverbales Verhalten soweit an die Verhaltensmuster der Kranken an, dass ihre Affektmimik für Beobachter nicht mehr von diesen zu unterscheiden war.

Während das Alltagsverhalten unbewusst oder bewusst zur Perpetuierung maladaptiver Beziehungsmuster beiträgt, geht es in Therapien um die Veränderung dieser repetitiven Muster. Studien aus der

Arbeitsgruppe von Krause zu Kurzzeittherapien ergaben konsistent sozial „atypische“ Beziehungsmuster zwischen Patienten und Therapeuten: Anders als empathische Laien (Steimer-Krause et al. 1990) zeigten Therapeuten unabhängig von ihrer Ausrichtung insgesamt weniger mimische Affekte als Patienten. In diesen Studien wurde der häufigste mimische Affekt, den Patient oder Therapeut zeigten, „Leitaffekt“ genannt. Detaillierte Einzelfallanalysen (Dreher et al. 2001; Merten et al. 1996) ergaben, dass kein spezieller Leitaffekt seitens Patienten oder Therapeuten mit einem günstigen oder ungünstigen Behandlungsergebnis einherging. Vielmehr bestand eine starke negative Beziehung zwischen einem reziproken Leitaffekt beider Interaktionspartner und dem Therapieerfolg. Mit zunehmender Ähnlichkeit der mimischen Affektmuster von Patienten und Therapeuten wurde das Ergebnis der Psychotherapie ungünstiger.

Die psychodynamische Kurzzeittherapie stellt Therapeuten vor die Aufgabe, innerhalb eines zeitlich begrenzten Rahmens eine gute therapeutische Arbeitsbeziehung aufzubauen und das therapeutische Geschehen an einem fokalen Konflikt auszurichten (Beutel 2000). In einer neueren Studie (Rasting u. Beutel 2004) prüften wir die Hypothese, dass sich auch das Behandlungsergebnis einer stationären Kurzzeitpsychotherapie durch nonverbale Interaktionsmuster im Erstgespräch vorhersagen lässt. Hierzu wurden jeweils 10 konsekutive Patienten von 2 Therapeuten (je 5 erfolgreiche und 5 erfolglose pro Therapeut) rekrutiert (s. unten). Zeigten Patient/in und Therapeut/in den gleichen Leitaffekt, wurde die Dyade als reziprok eingestuft; solche mit unterschiedlichen Leitaffekten als komplementär. Wie erwartet (Merten et al. 1996), sagten reziproke Muster einen erfolglosen Behandlungsverlauf vorher. Einschätzungen der therapeutischen Beziehung durch Patienten und Therapeuten standen nicht im Zusammenhang zum Behandlungsergebnis (vgl. Bassler et al. 1995).

In dieser Arbeit möchten wir die klinische Bedeutung der dyadischen affektiven Interaktion für die Entwicklung einer hilfreichen Beziehung zwischen Patienten und Therapeuten an 2 Kontrastbeispielen aus der zitierten Studie zur Vorher-

sage des Behandlungserfolgs stationärer Krisenintervention herausarbeiten, einer „erfolgreichen“ und einer „nichterfolgreichen“ Behandlung. Die Darstellung verbindet eine prozessanalytische Beobachterperspektive mit Einschätzungen der Therapeuten und der Patienten. Wir möchten den Fragen nachgehen:

1. Wie unterscheidet sich das affektive Zusammenspiel zwischen Therapeuten und Patienten bei einer „erfolgreichen“ und einer „nichterfolgreichen“ Therapie?
2. Was trägt eine mikroanalytische Perspektive zum Verständnis des Therapieverlaufs bei?
3. Welche Schlussfolgerungen ergeben sich für Supervision, Aus- und Weiterbildung?

Methode

Grundlage der Studie waren Erstinterviews bei Aufnahme in die Kriseninterventionsgruppe der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Justus-Liebig Universität Gießen, die über ein Jahr hinweg aufgezeichnet wurden. Das fokaltherapeutische, in der Regel auf 4 Wochen begrenzte Behandlungssetting dient der Akutbehandlung von Patienten in akuten Lebenskrisen. Der Schwerpunkt der psychoanalytisch orientierten Behandlung liegt neben Einzeltherapien auf Gruppentherapien (Gesprächsgruppe, Kunst-, Körpertherapie, Entspannung); das soziale Umfeld wird durch Paar- und Familiengespräche einbezogen.

Patienten füllten bei Aufnahme und Entlassung die PsyBado und eine Reihe weiterer Fragebögen u. a. zur therapeutischen Beziehung aus (iTAB; Rudolf 1991; Rasting u. Beutel 2004), den SCL-90R zur psychischen Symptombelastung auch zur Einjahreskatamnese.

Mikroanalyse mimischer Affektsignale

Patienten und ihre jeweiligen Einzeltherapeuten wurden mit 2 Kameras frontal auf Video aufgenommen; die beiden Sequenzen wurden auf einem Band zeitsynchron auf einem geteilten Bildschirm zusammengefügt (sog. Split-screen-Technik).

Die Einstufung der Behandlungen als „erfolgreich“ oder „nicht erfolgreich“ erfolgte computerbasiert anhand von Normwerten des SCL-90R (Schauenburg u. Strack 1998). Patienten wurden als „erfolgreich“ (statistisch und klinisch gebessert) eingestuft, wenn sie bei Aufnahme Teil der klinischen Population waren („global severity index“, GSI >0,57), sich bei Entlassung in den Normalbereich verändert (GSI <0,57) und um ein statistisch bedeutsames Intervall (GSI-Differenz >0,43) gebessert hatten. Patienten, die diese Kriterien nicht erfüllten, wurden als „nicht erfolgreich“ eingestuft. Zur mikroanalytischen Auswertung wurden jeweils die ersten 10 min und die letzten 5 min (Eingangs- und Beendigungsszenen) des Erstinterviews herangezogen. Angewandt wurde das FACS von Ekman und Friesen (1975). Diese Methode erlaubt die exakte und zuverlässige Beschreibung einzelner Bewegungen von Gesichtsmuskeln oder -gruppen, „action units“ (AU). Die hohe zeitliche Auflösung von etwa 1/25-Sekunde wird benötigt, da mimische Affektsignale subtil und von kurzer Dauer sind. Bestimmte Kombinationen von AUs wurden auf der Grundlage kulturvergleichender Studien in einem untersucherunabhängigen Computerprogramm („emotional FACS“, EmFACS, Friesen u. Ekman 1984) den Primäraffekten Freude, Trauer, Angst, Ärger, Überraschung, Ekel und Verachtung zugeordnet. Ausgewertet wurden die Primäraffekte der Patientin und der Therapeutin sowie das soziale Lächeln. Auch beim sozialen Lächeln wird der willentlich gut kontrollierbare Mund zu einem Lächeln geformt, im Unterschied zur „Freude“ wird die Augenmuskulatur jedoch nicht aktiviert (vgl. Bänninger-Huber u. Rauber-Kaiser 1998). Einschätzungen der affektiven Mimik wurden ohne Kenntnis von Inhalt der Gespräche und Therapieerfolg getroffen. Erst für diese Arbeit wurden Mimikdaten und transkribierte Gesprächsinhalte zueinander in Beziehung gesetzt.

Ergebnisse

Frau A.

Erstgespräch

Die 22-jährige Sozialhilfeempfängerin kam 2 Wochen nach einem ersten Sui-

Psychotherapeut 2005 · 50:100–106
DOI 10.1007/s00278-004-0367-0
© Springer-Verlag 2004

M. E. Beutel · K. Ademmer · M. Rasting

Affektive Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten. Zum Einfluss auf den psychotherapeutischen Behandlungserfolg am Beispiel stationärer Kurzzeittherapie

Zusammenfassung

Eine positive therapeutische Beziehung wird therapieschulenübergreifend als wichtige Voraussetzung für den Therapieerfolg angesehen. Meist wird jedoch in Studien lediglich die schriftliche Patienteneinschätzung erfasst. Nonverbale Aspekte der Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten werden kaum untersucht. Aus einer Studie zur Vorhersage des Erfolgs stationärer Fokalthherapie werden affektive Interaktionsprozesse im Erstinterview exemplarisch zwischen einer „erfolgreichen“ und einer „nicht erfolgreichen“ Behandlung mit mikroanalytischen Verfahren („facial action coding system“, FACS) verglichen. In der

„nicht erfolgreichen“ Therapie waren die mimischen Affektäußerungen reziprok; Therapeutin und Patientin zeigten ähnliche vorherrschende (sog. Leit-)Affekte. Erfolgreicher waren die Behandlungen, wenn die Therapeuten komplementäre Affektmuster zeigten. Implikationen für Behandlungstechnik, Supervision und Weiterbildung werden diskutiert.

Schlüsselwörter

Therapeutische Beziehung · Behandlungserfolg · Mimischer Affekt · Facial action coding system

Affective interaction between patients and therapists. Its impact on treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy

Abstract

A positive therapeutic relationship is considered a prerequisite for successful outcome across different psychotherapeutic schools. Usually studies, however, are limited to patients' ratings of therapeutic alliance. Nonverbal aspects of the interaction between patients and therapists have been rarely studied. Based on a study predicting outcome of inpatient focal psychotherapy, affective interaction processes in the intake interview are compared between a "successful" and an "unsuccessful" treatment by a microanalytic procedure (facial action coding system, FACS). In the unsuccessful treatment, facial affect displays were reciprocal; patient and therapist displayed similar predominant affects. Treatment was more successful when the therapist displayed complementary affect patterns. Implications for treatment technique, training and supervision are discussed.

Keywords

Therapeutic alliance · Treatment outcome · Facial affect · Facial action coding system

zidversuch mit 60 Schlaftabletten zur stationären Krisenintervention. Vorausgegangen waren mehrere gescheiterte Beziehungen zu Männern, von denen sie sich sexuell ausgenutzt fühlte, der Abbruch ihrer Berufsausbildung und eine akute Zurückweisung durch ihren Vater. Die Herkunftsfamilie der Patientin war durch unklare Generationsgrenzen und wenig verlässliche Beziehungen gekennzeichnet. Ab dem Grundschulalter hatte sie die alkoholkrankte Mutter versorgt und sehr unter der Sichtbarkeit der familiären Verwahrlosung gelitten. Sie ging wechselnde Koalitionen mit Vater oder Mutter gegen den jeweils anderen Elternteil ein.

Mikroanalyse

Die **Abb. 1** zeigt die prozentualen Anteile der mimischen Affektsignale von Patientin und Therapeutin im Erstinterview. Bei der Patientin standen soziales Lächeln, Verachtung und Ekel im Vordergrund. Sie zeigte einen erheblichen Anteil maskierter Affekte, v. a. Freude-Verachtung-Mischungen. Die Therapeutin zeigte erwartungsgemäß weniger Affekte als die Patientin. Es handelte sich vorwiegend um Freude, in viel geringerem Maße um Ärger; ähnlich wie die Patientin zeigte sie häufig soziales Lächeln.

Beide Interaktionspartner verhalten sich bindungsorientiert; sie lächeln viel und bestärken sich gegenseitig. Hinsichtlich der negativen Affekte besteht eine deutliche Diskrepanz: Im Gesicht der Therapeutin ist ein wenig Ärger und kaum Verachtung oder Ekel zu beobachten. Demgegenüber zeigt die Patientin vorwiegend Ekel und Verachtung. Diese Affekte können eine Tendenz zur Ausstoßung des Objekts (Ekman u. Friesen 1975) oder zum Abbruch der Beziehung (Moser u. von Zeppelin 1996) signalisieren. Negative Affekte relativiert die Patientin durch gleichzeitiges Lächeln. Somit verhält sie sich affektiv zugleich bindungsfördernd (Lächeln) und bindungsunterbrechend (Ekel, Verachtung).

Die kommunikative Bedeutung der mimischen Affekte verdeutlicht die Eingangssequenz mit der Kommentierung durch die Therapeutin (kursiv). Beunruhigt über die Massivität des Suizidversuchs und die prekäre Beziehungssituation der Patientin

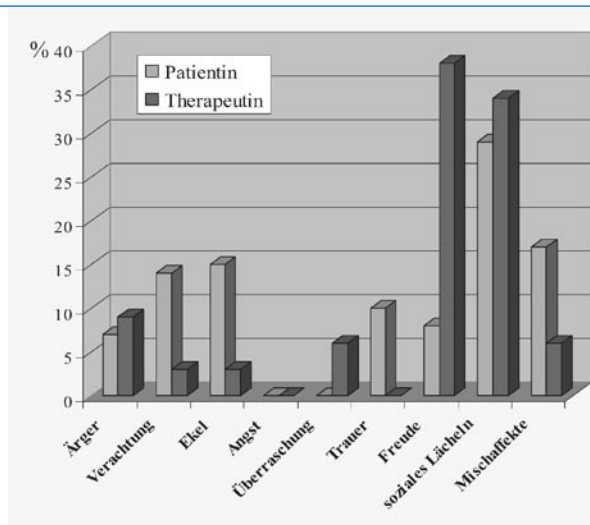


Abb. 1 ◀ **Primäraffekte von Patientin (Frau A.) und Therapeutin.** Dargestellt werden die prozentualen Anteile der Affektäußerungen der Patientin und der Therapeutin an den gesamten Affektäußerungen (Patientin $n=56$; Therapeut $n=20$) in der untersuchten Zeitstichprobe (15 min)

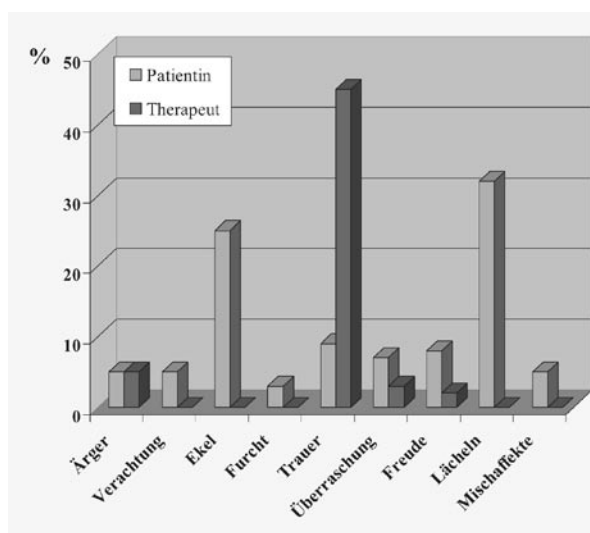


Abb. 2 ◀ **Primäraffekte von Patientin (Frau B.) und Therapeut.** Dargestellt werden die prozentualen Anteile der Affektäußerungen der Patientin und des Therapeuten an den gesamten Affektäußerungen (Patientin $n=63$; Therapeut $n=21$) in der untersuchten Zeitstichprobe (insgesamt 15 min)

bemüht sich die Therapeutin, akute Suizidgefährdung auszuschließen und eine stabile Beziehung aufzubauen.

Therapeutin: „Wir hatten darüber gesprochen, dass wir heute noch einmal darüber sprechen, welche Punkte Sie in die Klinik gebracht haben, was die Umstände waren. Auch so ein bisschen zu Ihrem Leben, wie Sie leben und solche Sachen.“

Die Therapeutin bekommt aus ihrer Sicht keine Rückmeldung von der Patientin, wird etwas unsicher und schwächt, auch durch ihre leiser werdende Stimme, die Aufforderung ab.

Patientin schweigt und schaut zur Seite, nickt zuletzt.

Die Therapeutin hat das Gefühl, die Patientin lässt sie in's Leere laufen.

Therapeutin: „Ich weiß, Sie haben diese Fragen (Therapeutin Freude) jetzt einige Male (Patientin Lächeln/Verachtung)

gestellt bekommen. Wie kam es dazu? Haben Sie Zeit gehabt, (Therapeutin Lächeln) darüber nachzudenken?“

Die Therapeutin bemüht sich, durch ihr Lächeln die Patientin zu einer positiven Kontaktaufnahme zu bewegen.

Die Patientin schildert daraufhin unbeeiligt (und ohne mimische Affekte) kurz den Selbstmordversuch, Einsamkeitsgefühle, Sinnverlust, Ausbildungsabbruch und Arbeitslosigkeit. Obwohl die rationalisierende Beschreibung der Lebenssituation der Patientin die Therapeutin irritiert, unternimmt diese zunächst keine Klärungsversuche. Es entwickelt sich ein zähes Frage-Antwort-Spiel, bei dem sich die Patientin passiv verhält und Fragen häufig durch Gegenfragen beantwortet. Am Ende des Erstinterviews fragt die Therapeutin die Patientin mit einem Lächeln, wie sie die Videoaufzeichnung erlebt hat. (Die Patientin hatte

anfänglich Bedenken.) Die Patientin gibt wiederum eine Doppelbotschaft („beunruhigend, aber o. k.“). Auf Nachfragen der Therapeutin antwortet sie mit einer längeren Erklärung ihres Misstrauens, begleitet von einer Mischung aus Lächeln und Verachtung. Beim Abschluss des Gesprächs ist die Therapeutin aufgrund der vielen Ungeheimtheiten gegenüber der Patientin misstrauisch, andererseits erleichtert, eine Bindung zur Patientin hergestellt zu haben.

Interpretation

Die Therapeutin beginnt das Gespräch sehr vorsichtig, bemüht, die Patientin gut in die Therapiesituation einzuführen. Bereits hier versucht sie, die Gefahr des Abbruchs der Kommunikation (Blickabwendung der Patientin) durch Bindungsangebote zu entschärfen. Es gelingt ihr, durch ein Lächeln im Sinne eines Strategiesignals die Patientin wiederum zu einem Lächeln zu animieren, das aber im Sinne einer Doppelbotschaft von Verachtung begleitet ist. Es handelt sich um eine reziproke Dyade, in der beide Partnerinnen hedonische Leitaffecte zeigen. Potenziell konflikthafte Themen werden von Lächeln begleitet und entschärft, die Unsicherheit und Ambivalenz in der Beziehungsgestaltung nicht thematisiert.

Behandlungsverlauf und Katamnese

In der folgenden Behandlungsstunde schien der Aufbau einer positiven Beziehung geglückt zu sein; die Patientin zeigte Traurigkeit über ihre zwischenmenschlichen und sozialen Enttäuschungen. Dieses Klima schlug um, als die Patientin wieder über vermehrte depressive Verstimmungen klagte und die Therapeutin auf eine Vereinbarung zur Suizidprophylaxe drängte. Die Patientin drohte, die Therapie abzubrechen; dies suchte die Therapeutin durch intensive Beziehungsangebote zu verhindern. Als Behandlungsfokus wurde im Team formuliert, dass die Patientin zutiefst misstrauisch ist, in der Therapie, wie in ihrer Herkunftsfamilie, missbraucht und fallengelassen zu werden, wenn sie sich öffnet. Scheinbar könne sie nur durch Suiziddrohungen Stärke und Souveränität zeigen, damit drohe sie sich aber gerade die Unterstützung zunichte zu machen, die sie benötige, ihr

Leben neu zu ordnen. Der Bezugstherapeutin gegenüber konnte sich die Patientin wieder für stützende und klärende Interventionen öffnen; andere Therapeuten im Team entwertete sie. Abschließend beurteilte die Patientin die Behandlung als mäßig hilfreich; die psychische Symptombelastung bei Entlassung blieb mit einem GSI von 0,94 in Höhe des Aufnahmewertes (0,96); ein Jahr nach der Entlassung betrug dieser 1,34. Sie hatte eine ambulante Therapie, mit der sie unzufrieden war, sorgte aber immerhin an einer stabilen Arbeitsstelle für ihren eigenen Lebensunterhalt.

Frau B.

Erstgespräch

Die Patientin, eine 38-jährige Physiotherapeutin litt seit 3 Jahren unter einer Panikstörung mit Tachykardien, Kollapsneigung, Übelkeit, abdominellen Krämpfen und Durchfällen sowie Unruhe und Konzentrationsstörungen. Im halben Jahr vor der stationären Aufnahme kam es zu zunehmendem sozialen Rückzug mit Vermeidung phobisch gefürchteter Situationen (Auto-, Bahnfahren, Einkaufen, Alleinsein). Sie wurde häufig krank geschrieben; eine stationäre internistische Abklärung ergab jedoch keinen Befund.

Frau B. wuchs als Einzelkind auf. Der Vater, ein selbständiger Handwerker, habe nie Kinder gewollt, da er fürchtete, seine chronische Angststörung weiter zu vererben. Er habe zwischen ängstlichem Rückzug und impulsiver Aggressivität geschwankt. Die Krebserkrankung ihrer Mutter führte die Patientin darauf zurück, dass diese immer alles „runtergeschluckt“ habe. Nach dem Tod der Mutter schloss sie ihre Ausbildung ab. Die Paniksymptome begannen nach dem Wegzug in ein anderes Bundesland, in dem sie sich nicht heimisch fühlte. Seit sie sich vorgenommen hatte, an ihren Heimatort zurück zu kehren, kam es aber zu der akuten Verschlechterung. Sie fühlt sich verpflichtet, dem inzwischen auch schwer erkrankten Vater beizustehen, möchte ihn andererseits aber „so leiden lassen, wie er meine Mutter leiden ließ.“

Im Erstgespräch wirkte die Patientin nach Aussagen des Therapeuten „vital und resolut“. Aus seiner Sicht wurde erst nach längerer Exploration deutlich, dass

sie mit diesem Verhalten ihre tiefe Verunsicherung über die unkontrollierbar und bedrohlich erlebte Symptomatik abzuwehren sucht. Für ihn zeigte sich ein zugrunde liegender Konflikt zwischen einem bewussten Ressentiment und Ablehnung gegenüber dem Vater und einem unbewussten Verlangen nach einem halt- und sicherheitgebenden Objekt. Dies wurde auch als Behandlungsfokus formuliert.

Mikroanalyse

Die **Abb. 2** zeigt die Ergebnisse der mikroskopischen Analyse.

Auch diese Patientin zeigt mehr Affekte als der Therapeut. Ihr Leitaffect ist hedonisch („Lächeln“), am zweithäufigsten zeigt sie Ekel; vergleichsweise selten sind Freude, Traurigkeit, Überraschung, Ärger, Verachtung, Mischaffekte und Furcht. Der Therapeut hingegen zeigt als Leitaffect Traurigkeit. Andere Affekte (Ärger, Überraschung, Freude) treten bei ihm sehr selten auf. Distanzschaffende Affekte, wie Verachtung und Ekel, fehlen, ebenso wie soziales Lächeln oder Mischaffekte.

Interpretation

Es handelt sich um eine komplementäre Dyade. Die Patientin zeigt einen hedonischen Leitaffect, soziales Lächeln, das als Strategiesignal dient, eine positive, sicherheitgebende Beziehung aufzubauen. Ihre Ambivalenz äußert sich aber in dem nahezu ebenso hoch ausgeprägten Ekel, mit dem sie zugleich eine Distanz zum Therapeuten schafft. Damit konstatiert sie eine Übertragungssituation ähnlich der Beziehung zu ihrem kranken Vater, den sie einerseits heftig ablehnt, dessen Nähe sie andererseits als sicherheitgebendes Objekt sucht. In diesem Gespräch erwidert der Therapeut aber weder ihr soziales Bindungssignal noch ihre Distanzierungsbestrebungen. Vielmehr stellt er über den Affect der Traurigkeit Nähe her; zudem spiegelt er ihr damit den „passenden“ Affect zu ihrer Schilderung von eigenem Scheitern, Enttäuschung und Zukunftsängsten.

Behandlungsverlauf und Katamnese

Der Patientin gelang es in der vierwöchigen Behandlung, sich den ambivalenten

Gefühlen zum Vater zu stellen und zu einer stimmigen Entscheidung zu kommen, bei der sie sich nicht mehr kindlich-ausgeliefert fühlte. Unter therapeutischer Anleitung exponierte sie sich den phobisch-vermiedenen Situationen. Bei Entlassung war der GSI normalisiert gegenüber der Aufnahme (0,41 gegenüber 1,33); in der Einjahreskatamnese war die psychische Symptombelastung weiter zurück gegangen (auf 0,26). Sie hatte den geplanten Umzug vollzogen, fühlte sich aber am Heimatort wohl und konnte sich nach eigener Einschätzung – auch ohne weitere ambulante Psychotherapie – besser gegenüber ihrem Vater behaupten.

Diskussion

Die Befunde unterstreichen die Bedeutung mimisch-affektiven Verhaltens für den Therapieerfolg: In Alltagsinteraktionen kommt es zur Bestätigung repetitiver, maladaptiver Interaktionsmuster, indem Patienten ihre Partner zu unbewussten, reziproken Reaktionen bewegen. Therapeuten hingegen zeigen weniger mimische Affekte; in erfolgreichen Therapien zeigen sie vorwiegend andere (nichtreziproke) Affekte als ihre Patienten. Somit kommt es nicht zur erwarteten Bestätigung maladaptiver Interaktionsmuster (Weiss u. Sampson 1986). Zeigen Therapeuten ähnliche („reziproke“) Leitaffecte wie die Patienten, nehmen die Behandlungen hingegen häufig einen ungünstigen Ausgang.

Wie die Beispiele zeigen, beeinflussen Patienten und Therapeuten weitgehend unbewusst den Umgang mit konflikthaftern Aspekten durch nonverbale Mittel. *Frau A.* gibt durch Blickabwendung und verächtliche Mimik ihre Tendenz zum Abbruch der Beziehung zu verstehen, versichert allerdings durch Lächelsignale auch ihre Bindungsbereitschaft. Die Therapeutin ihrerseits initiiert durch Lächeln bestätigende Reaktionen der Patientin in einer Situation, in der sie durch über die zwiespältige Beziehungsaufnahme und affektive Verschlussenheit der Patientin beunruhigt und verärgert ist auf dem Hintergrund des kürzlichen, ersten Suizidversuches – ohne dies direkt zu thematisieren. Damit entsteht ein Beziehungsarrangement, das von interpersonellem Abwehrverhalten geprägt ist.

Diese auf der Mikroebene gezeigten Interaktionsmuster entsprechen jenen auf der Makroebene des Therapieverlaufs. Der Wechsel von Bindung und Bindungsabbruch bestimmt auch hier das Geschehen. Als sich ein vertrauensvolleres Klima zu entwickeln beginnt, droht die Patientin mit Therapieabbruch; die Therapeutin sucht sie durch erneute Bindungsangebote zur Fortführung der Therapie zu bewegen. Es ist sicher zu problematisieren, dass die Therapeutin Frau A. weder mit ihrem ausweichenden, ambivalenten Verhalten noch ihrer Destruktivität in ihren Beziehungen und in ihrer Therapie entsprechend dem gewählten Behandlungsfokus konfrontierte. Andererseits waren den Therapeuten in unseren Beispielen die Affektsignale nur zum Teil bewusst. Teilnehmer einer psychotherapeutischen Fortbildungsveranstaltung schätzten mehrheitlich den ohne Ton dargebotenen Ausschnitt der Beendigungsszene des Interviews mit Frau A. als „erfolgreiches Ende einer Therapie mit einer zufriedenen Therapeutin und einer zufriedenen Patientin“ ein.

Auch bei *Frau B.* geht es um Bindungs- und Distanzierungssignale seitens der Patientin. Im Unterschied zur ersten Dyade erwidert sie der Therapeut aber nicht mit den gleichen affektiven Signalen. Vielmehr zeigt er einen komplementären Affekt, Traurigkeit, der besser zur Schilderung der Patientin passt. Dass es in diesem Fall – wie überzufällig häufig in ähnlichen nonverbalen Beziehungskonstellationen in unserer Studie – zum erfolgreichen Therapieverlauf kam, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass dies ihre abgewehrten Konflikte der Bearbeitung zugänglich machte (statt ihre Abwehr zu stärken, wie im ersten Fall.)

Damit stellt sich die Frage, ob der „Behandlungserfolg“ im einen Fall bzw. die „Erfolglosigkeit“ im anderen auf das Beziehungsangebot (oder andere störungsbezogene Merkmale) der Patientin, Merkmale der Therapeuten, ihre jeweilige Behandlungstechnik oder deren Wechselbeziehung zurückzuführen ist. Zunächst ist festzuhalten, dass die beobachteten Behandlungserfolge in unseren Beispielen nicht darauf zurückzuführen waren, dass der eine oder andere Therapeut generell „erfolgreicher“ war; schließlich hatten wir

für beide Therapeuten gleich viele „erfolgreiche“ und „nicht erfolgreiche“ Behandlungen eingeschlossen (Rasting u. Beutel 2004). Vergleicht man die Affektäußerungen der beiden Therapeuten über die jeweils 10 Erstinterviews hinweg, finden sich 2 Unterschiede: Entgegen herkömmlichen Geschlechtsstereotypen zeigte der männliche Therapeut insgesamt mehr Affekte als die Therapeutin; dies war vor allem auf eine höhere Traurigkeit zurückzuführen. Interessanterweise unterschieden sich aber die Affektäußerungen der Patienten nicht zwischen den Therapeuten, so dass auch nicht von einer einfachen Affektinduktion durch die Therapeuten auszugehen ist. Bei beiden Therapeuten zeigt sich, dass bei den „nicht erfolgreichen“ Therapien offenbar ein ähnlicher Affekt in den Therapeuten induziert wurde, wie ihn die Patienten ausdrücken, bei den „erfolgreichen“ hingegen Therapeuten sich in ihrem Affektmuster von den Patienten unterschieden. Somit sagen weder Einzelmerkmale von Patienten noch von Therapeuten das Behandlungsergebnis vorher. Vielmehr ist es die Qualität ihres Zusammenspiels.

Um die subtilen und größtenteils unbewussten interaktiven Wechselbeziehungen zwischen Patienten und Therapeuten zu erfassen, sind die üblichen Fragebogenverfahren zur Einschätzung der therapeutischen Allianz (Bassler et al. 1995; Horvath u. Symonds 1991) nur begrenzt geeignet. Es dürfte auch nicht überraschen, dass Korrelationen zwischen Einschätzungen der therapeutischen Allianz durch Patienten, Therapeuten und Beobachter gering sind (Orlinsky et al. 2004). Nach unseren Ergebnissen muss die nonverbale, affektive und vorbewusste Beziehungsgestaltung durch die Therapeuten als mindestens ebenso relevant für den Therapieerfolg angesehen werden wie eher bewusst formulierte Interventionen. Diese Sichtweise hat vielfältige Implikationen für die therapeutische Aus- und Weiterbildung und Supervision. Um einen Zugang zu den impliziten Beziehungsmodellen der Patienten im Sinne von Stern zu erlangen, die die Dynamik der Beziehungssituation prägen, scheinen videogestützte Mikroanalysen prädestiniert zu sein. So konnten Archinard et al. (2000) wiederholte Suizidhandlungen aus der affektiven Interakti-

on von Patienten und Therapeuten mit hoher Treffsicherheit vorhersagen; dies gelang Therapeuten aufgrund bewusster Einschätzungen nicht. Auch wenn Mikroanalysen für klinische Alltagssituationen zu aufwändig sind, können sie in der Ausbildung von großem Nutzen sein. Behandlungsmanuale, wie das für Borderlinepatienten (vgl. Clarkin et al. 2000), empfehlen dringend Videoaufzeichnungen für Supervisionen, um den nonverbalen Kanal der therapeutischen Kommunikation besser verstehen zu können und einen bewussten Zugang zu den introspektiv wenig zugänglichen eigenen mimischen Affekten zu erlernen.

Fazit für die Praxis

Die positive therapeutische Beziehung gilt als bedeutsame Voraussetzung für den Therapieerfolg. Meist wird in Studien nur die schriftliche Patienteneinschätzung erfasst. Nonverbale Aspekte der Interaktion zwischen Patienten und Therapeuten werden hingegen selten untersucht. Aus einer Studie zur Vorhersage des Erfolgs stationärer Fokalthherapie werden affektive Interaktionsprozesse im Erstinterview mit mikroanalytischen Verfahren verglichen. In der „nicht erfolgreichen“ Therapie waren die mimischen Affektäußerungen reziprok; Therapeutin und Patientin zeigten ähnliche Leitaffecte. Erfolgreicher waren die Behandlungen, wenn die Therapeuten komplementäre Affektmuster zeigten.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass das „Erfolgskriterium“ unserer Studie nur einen – wenn auch nicht zu vernachlässigenden – Aspekt des Behandlungserfolgs erfasste, die standardisierte Symptombewertung aus Patientensicht. Weitere Grenzen der Studie liegen darin, dass wir anhand unserer gemischten Stichprobe nicht bestimmen können, wieweit bestimmte affektive Interaktionsmuster störungsspezifisch sind, wieweit sich Therapeuten auch im nonverbalen Verhalten auf die Interaktionsmuster bestimmter Patientengruppen einstellen und welche Konsequenzen dies für den Behandlungserfolg hat. Diese Fragen haben wesentliche Implikationen für die Frage nach dem Verhältnis von Behandlungstechnik und Beziehung in der Therapie, die einer Neu-

bestimmung im Sinne einer psychotherapeutischen Handlungstheorie bedarf.

Korrespondierender Autor

Prof. Dr. M. E. Beutel

Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie,
Justus-Liebig-Universität Gießen,
Ludwigstraße 76, 35392 Gießen
E-Mail:
manfred.beutel@psycho.med.uni-giessen.de

Danksagung

Wir danken Dr. H. Kanwischer für die therapeutische Kooperation und Unterstützung dieser Studie.

Interessenkonflikt: Keine Angaben

Literatur

- Archinard M, Haynal-Reymond V, Heller M (2000) Doctor's and patients' facial expressions and suicide re-attempt risk. *J Psychiatr Res* 34:261–262
- Bänninger-Huber E, Rauber-Kaiser S (1998) Die Differenzierung verschiedener Lächeltypen. *Schweiz Z Psychol* 48:21–34
- Bänninger-Huber E, Widmer C (1999) Affective relationship patterns and psychotherapeutic change. *Psychother Res* 9:74–86
- Bassler M, Potratz B, Krauthauser H (1995) Der „Helping Alliance Questionnaire“ (HAQ) von Luborsky. *Psychotherapeut* 40:23–32
- Benecke C (2002) Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt: interaktive und objektbezogene Affekte im psychotherapeutischen Prozess (Psychoanalyse im Dialog, Bd 12). Peter Lang, Bern Berlin Frankfurt aM New York
- Beutel ME (2000) Psychodynamische Kurztherapien. *Psychotherapeut* 45:203–213
- Beutel ME (2002) Neurowissenschaften und Psychotherapie. Neuere Entwicklungen, Methoden und Ergebnisse. *Psychotherapeut* 47:1–10
- Beutler LE, Machado PPP, Allstetter Neufeld S (1994) Therapist variables. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 229–269
- Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF (2000) *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Schattauer, Stuttgart New York
- Darwin C (1998) *The expression of the emotions in man and animals*, 3rd edn. Oxford University Press, New York Oxford (orig. 1872)
- Dreher M, Mengele U, Krause R, Kämmerer A (2001) Affective indicators of the psychotherapeutic process: an empirical case study. *Psychother Res* 11:99–117
- Duncan S, Brunner L, Fiske DW (1979) Strategy signals in face-to-face interaction. *J Pers Soc Psychol* 37:301–313
- Ekman P, Friesen W (1975) *Unmasking the face: a guide to recognizing emotions from facial clues*. Prentice Hall, New Jersey
- Ekman P, Friesen W, O'Sullivan M, Scherer K (1980) Relative importance of face, body and speech in judgement of personality and affect. *J Pers Soc Psychol* 39:1125–1134
- Friesen W, Ekman P (1984) EmFACS 7. Unpublished manual

- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Bern
- Horvath AO, Symonds DB (1991) Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Couns Psychol* 38:139–149
- Krause R, Lütolf P (1989) Mimische Indikatoren von Übertragungsvorgängen. *Z Klin Psychol* 18:55–67
- Krause R, Merten J (1996) Affekte, Beziehungsregulierung, Übertragung und Gegenübertragung. *Z Psychosom Med* 42:261–280
- Luborsky L (1988) *Einführung in die psychoanalytische Psychotherapie*. Springer, Berlin Heidelberg
- Merten J, Anstadt T, Ullrich B, Krause R, Buchheim P (1996) Emotional experience and facial behavior during the psychotherapeutic process and its relation to treatment outcome: a pilot study. *Psychother Res* 6:198–212
- Moser U, Zeppelin I v (1996) Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche – Z Psychoanal* 50:32–84
- Orlinsky DE, Rønnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ (ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edn. Wiley, New York, pp 307–389
- Rasting M, Beutel ME (2004) Dyadic affective interactive patterns in the intake interview as a predictor of outcome. *Psychother Res* (in press)
- Reik T (1948/1990) *Hören mit dem dritten Ohr*. Fischer, Frankfurt
- Roten Y de, Gilliéron E, Despland JN, Stigler M (2002) Functions of mutual smiling and alliance building in early therapeutic interaction. *Psychother Res* 12:193–212
- Rudolf G (1991) *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Springer, Berlin
- Samstag LW, Batchelder ST, Muran JC, Safran JD, Winston A (1998) Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. *J Psychother Pract Res* 7:126–143
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche – Z Psychoanal* 30:297–305
- Schauburg H, Strack M (1998) Die Symptom Checklist-90-R (SCL-90R) zur Darstellung von statistisch und klinisch signifikanten Psychotherapieergebnissen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 48:257–264
- Scherer KR, Wallbott HG (1990) Ausdruck von Emotionen. In: Scherer KR (Hrsg) *Enzyklopädie der Psychologie. Psychologie der Emotion*. Hogrefe, Göttingen Toronto Zürich, S 345–422
- Steimer-Krause E, Krause K, Wagner G (1990) Prozesse der Interaktionsregulierung bei schizophrenen und psychosomatisch erkrankten Patienten – Studien zum mimischen Verhalten in dyadischen Interaktionen. *Z Klin Psychol* 19:32–49
- Stern DN, Sander LW, Nahum J et al. (1998) Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy. The „something more“ than interpretation. The Process of Change Study Group. *Int J Psychoanal* 79:903–921
- Weiss J, Sampson H (1986) *The psychoanalytic process: theory, clinical observation and empirical research*. Guilford Press, New York

Deutsche Ärzte im Ausland gesucht

Viele deutsche Ärzte haben Interesse an Stellen im Ausland: Sie klagen über die Belastung durch Stress und die Vielzahl administrativer Aufgaben in Deutschland. Demgegenüber steht die schlechte Bezahlung – verglichen mit z. B. anderen europäischen Staaten. Gerade in Skandinavien und Saudi-Arabien oder den Vereinigten Arabischen Emiraten werden zurzeit Ärzte vor allem aus Deutschland gesucht, um den dort herrschenden Ärztemangel zu beheben.

Saudi-Arabien will die medizinischen Versorgung weiter verbessern und sucht deshalb qualifizierte Fachärzte und Fachärztinnen aus Deutschland, vor allem Kardiologen, Neurologen, Internisten, Pädiater, Radiologen, Rheumatologen, Orthopäden, HNO-Ärzte, Gynäkologen, Chirurgen, Notfallärzte, Anästhesisten, Pathologen und Zahnärzte. Da ausländische Ärzte in erster Linie als Ober- und Chefärzte arbeiten sollen, wird eine fünfjährige Facharzt-Tätigkeit vorausgesetzt – wie auch die Beherrschung der englischen Sprache. Die monatlichen Gehälter liegen zwischen 8.000 und 10.000 US Dollar und die Kosten für Unterkünfte und Flüge werden vom Arbeitgeber übernommen. Auch in den skandinavischen Ländern herrscht ein beachtlicher Ärztemangel. Mediziner, die dort bereits arbeiten, loben insbesondere die guten Arbeitsbedingungen und das Mindestmaß an Bürokratie. Hier werden Ärzte aller Fachgebiete gesucht.

Weitere Informationen erhalten Sie bei:
Universitas, Tel: 08721-120253, Fax: 08721-120352, E-Mail:universitas-int@web.de.

Quelle: Fa. Universitas, Eggenfelden