

C. Benecke, J. Merten, R. Krause

ÜBER DIE BEDEUTUNG DES INTERSUBJEKTIVEN FELDES IN DER PSYCHOTHERAPIE

On the significance of the intersubjective field in psychotherapy

Zusammenfassung

In einer therapeutischen Dyade unterscheiden wir zwei Felder der Intersubjektivität: Einmal bezieht sich Intersubjektivität auf das unmittelbare Beziehungsgeschehen zwischen Patient und Therapeut und bezeichnet die aus dem Interaktionsverhalten beider entstehende Beziehungsgestalt im Hier und Jetzt. Zum anderen kann sich Intersubjektivität auf eine gemeinsam geteilte mentale Welt beziehen. Je nach Bezugsfeld haben gleiche Verhaltensweisen unterschiedliche Bedeutung für die therapeutische Beziehung und tragen in unterschiedlicher Weise zu deren Qualität bei.

Ausgehend von Quer- und Längsschnittdaten der affektiven Mimik, des gesprochenen Inhaltes und des subjektiven Gefühlserlebens von Patienten und Therapeuten, wird versucht, diese intersubjektiven Felder zu beschreiben. Dem non-verbalen, affektiven Verhalten vor allem der Therapeuten, wird bei der Herstellung von benevolenten intersubjektiven Feldern besondere Bedeutung beigemessen. Zur funktionalen Interpretation der mimisch-affektiven Zeichen wird der sprachinhaltliche Kontext herangezogen. Dabei wird zwischen interaktiver und objektbezogener Zeichenfunktion unterschieden. Es kann gezeigt werden, dass in erfolgreichen Behandlungen eine Bewegung in Richtung objektbezogener Funktion besonders der negativen mimisch-affektiven Zeichen geschieht, was als kognitiv-affektive Erschließung des mentalen intersubjektiven Feldes verstanden werden kann.

Schlüsselwörter

Therapeutische Beziehung – mentale Repräsentanz – Affekt – Sprachinhalt

Summary

We distinguish two fields of intersubjectivity within the psychotherapeutic dyad. On the one hand intersubjectivity refers to the actual relationship between patient and therapist in the here and now. On the other hand intersubjectivity refers to a shared mental world.

We try to describe these two intersubjective fields based on data of the affective facial expression, verbal speech-content and subjective emotional experience of patients and therapists. We consider the affective facial behavior as being of high significance for the establishing of the therapeutic relationship. Depending on the field of reference (actual relationship or mental representation) facial affective signals have distinct functions, whether interactively used or directed to mental objects. Our results show that in successful treatments there is a shift from interactive to object-related function especially in the case of the negative affective signals. We interpret these results as a cognitive-affective opening of the mental intersubjective field.

Keywords

Therapeutic relationship – mental representation – affect – speech-content

Die qualitativ gute Beziehung

Wenn man die empirisch ausgerichtete Psychotherapieforschungsliteratur heranzieht, ist sicher eines der am besten bestätigten Ergebnisse, dass neben einer im engeren Sinne störungsspezifischen Behandlungstechnik die Qualität der Beziehung zwischen Therapeut und Patient entscheidend für den Erfolg von Behandlungen ist. Dass diese Qualität mit dem beobachtbaren interaktiven Verhalten beider Protagonisten etwas zu tun hat, findet ebenfalls Konsens (Orlinsky et al. 1994, Rudolf 1991). Mit dieser recht allgemeinen Stel-

lungnahme ist die Gemeinsamkeit allerdings auch schon erschöpft, denn selbst innerhalb einzelner Behandlungsverfahren werden viele Fragen kontrovers diskutiert. Zwei sollen als Einstieg in unseren Gegenstand herausgegriffen werden.

1) Das Verhältnis von Beziehung und Technik

Was eine qualitativ gute Beziehung im Umfeld von Psychotherapien in Abgrenzung von sonstigen nicht therapeutischen guten Beziehungen charakterisiert, ist sehr umstritten. Man

kann der Meinung sein, die therapeutische Beziehung habe keine spezifischen differentiellen Merkmale gegenüber einer guten Alltagsbeziehung; das Therapeutische sei die Behandlungstechnik, die sich auf diese gute Beziehung gewissermaßen draufsattelt und dadurch erträglich werde. Die Protagonisten dieser Haltung findet man am ehesten in der Verhaltenstherapie, dort in Reinform bei Fiedler (1997), der mit seiner psychoedukativen störungsspezifischen Behandlungsplanung dieser der Pädagogik sehr nahe stehenden Zugangsweise zugerechnet werden kann. Selbstverständlich spielt auch hier - wie in der Pädagogik - die Beziehung eine sehr zentrale Rolle, aber man kann wohl sagen, das tragende Element ist die Identifikation mit dem Lehrer/Therapeuten. In der Psychoanalyse findet man ebenfalls Gruppierungen, die beispielsweise das Arbeitsbündnis, was ja eine Konzeptualisierung der Beziehung darstellt, als eine unspezifische Basis der eigentlichen Technik betrachten. Andere analytische Gruppierungen halten das Konzept für gänzlich irrelevant, wenn nicht gar schädlich; die Beziehung ist im Rahmen dieser meist orthodoxen Technikauffassung kein Parameter (Hamilton 1996). Andere Forscher und Therapeuten innerhalb der Verhaltenstherapie und der Psychoanalyse (Grawe 1997, Krause 1997) sind der Meinung, die therapeutische Beziehung selbst habe nicht nur eine unspezifische, sondern darüber hinaus auch eine spezifische kurative Bedeutung, die über die Herstellung einer Basis für die Behandlungstechnik allein hinausgehe. Sie sei aber gleichwohl mit derselben auf eine komplizierte Art und Weise verknüpft. So bestimme die prinzipiell mögliche und häufig auch durch den Kranken erzwungene Form der Beziehung, welche Form der Technik und Intervention möglich und hilfreich ist. Die "psychoanalytisch-interaktionelle Psychotherapie" nach Heigl-Evers et al. (1993) wirke beispielsweise nur im Rahmen eines Beziehungstypus, der in weiten Bereichen andere Techniken verlangt als die „psychoanalytische Psychotherapie“. Innerhalb der Verhaltenstherapie gelte die hohe Wirksamkeit der Reizkonfrontationsbehandlungen bei offenen Angstsymptomen nur für die Patienten, die eine dependente Beziehungsform benötigen (Grawe 1998).

Eine solche differentielle Indikation innerhalb eines Verfahrens setzt Kenntnis der dominierenden Modelle von Beziehungen der Patienten voraus. Im psychoanalytischen Umfeld hat sich eine Typologie bewährt, die Beziehungen danach unterscheidet, ob sie unter Rückgriff auf selbstreflexive Funktionen gestaltet werden oder nicht (Krause 1997; Fonagy et al. 1998). So geht die psychoanalytisch-interaktionelle Therapie von dominierenden Beziehungsformen aus, die durch das Fehlen dieser „inneren“ Fähigkeit geprägt sind. Nur in ihrem Rahmen sind Behandlungstechniken wie „authentisches Antworten“ und „Klarifizierung von Affekten“ wirksam. Sie sollen Staunen und Neugier auf das „Andere“, Fremdpsychische schaffen. Diese Gefühle dienen als Grundlage für die psychische Tolerierung des andersartigen Dritten, in diesem Falle des Therapeuten. Die Verinnerlichung der Funktionen dieses benevolenten andersartigen Dritten ist die Grundlage für die Entwicklung selbstreflexiver Vorgänge. Die meisten Behandlungsschritte in diesem Beziehungsrahmen sind

wohl als eine Form der „Nachreifung“ anzusehen, die sehr oft wiederholt werden muss, ehe sie von Dauer sein kann. Sie ist also, wenn auch in einem unbewussten Sinne, psychoedukativ. Die psychoanalytische Behandlung von Neurosen, die unbewusst gewordene Konflikte zur Grundlage haben, versucht diese schon entwickelte, aber durch die Abwehr verloren gegangene innere repräsentationale Welt deutend zurückzugewinnen. In diesem Rahmen sind authentische Antworten nicht zu gebrauchen. Sie sind, wenn sie trotzdem auftauchen, meist der Niederschlag einer agierten Gegenübertragung. Wenn einem Zwangskranken zuverlässig versichert wird, dass er den Therapeuten durch sein kontrollierendes Beziehungsverhalten zur Weißglut bringt, steigen die unbewussten Schuldgefühle ohne jeden Erkenntnisgewinn. Anstatt zu „containen“, agiert der Therapeut im Rahmen des unbewussten Schemas. Ebenso wenig sollte man „Deutungen“ nach dem Modell einer Nachreifung konzeptualisieren und einsetzen. Eine falsche Deutung wird auch dann nicht richtig, wenn man sie 20-mal gibt. Gute, richtige Deutungen sind per definitionem selten, zumal das Zeitfenster, wann sie angemessen sind, klein ist. Ständige Wiederholungen führen zu einem Gestaltverlust.

2) Über das Verhältnis von Beziehungsverhalten und Erleben

Ein zweites, nicht weniger kontroverses Thema, das im ersten Problemfeld schon deutlich geworden ist, betrifft das Verhältnis der sichtbaren und hörbaren oder - wenn man so will - äußeren Anteile einer Beziehung, zu deren inneren Erleben, zu ihrer bewussten, vorbewussten oder unbewussten inneren Abbildung im Patienten, Therapeuten und darüber hinaus in beiden als sich begegnende, bezogene Wesen.

Wie oben dargestellt, wird die dominierende Beziehungsform, die „psychoanalytisch-interaktionelle“ Therapie indiziert, in Termini des inneren Erlebens, nämlich als fehlende Selbstreflexivität beschrieben. Dieses Fehlen äußert sich darin, dass Selbstregulationen auf der manifesten Verhaltensebene vorgenommen werden müssen. Umgekehrt wird von der Beobachtung solcher Art des Agierens eben auf das Fehlen der inneren Fähigkeiten geschlossen. Dass die dominante Beziehung in der Form einer inneren Funktion geschildert wird, ist kein Einzelfall. Bions „alpha function“ ist ein Begriff, der sich mit einer Form des Denkens beschäftigt, aber eigentlich nur in der Kommunikation und Interaktion sicht- bzw. hörbar wird (Krejci 1999). Die paranoid-schizoide Denkweise ist ebenfalls nur als Beziehungsform sicht- und beschreibbar. Warum greifen wir zur Darstellung von äußeren Verhaltensweisen auf innere Funktionen zurück und beschreiben die psychischen Innenwelten in Termini äußeren Verhaltens? Ist dies der Niederschlag einer Art von Horror vacui, oder können wir die Außenwelt nur in Termini einer unterlegten Innenwelt schildern, weil das Außen für uns nur in Relation zu einem angenommenen Innen Sinn macht?

Es ergibt sich eine Reihe von Fragen: Wie bildet sich subjektives Erleben in äußeren Verhaltensweisen ab? Welche Prozesse kommen zum Tragen, wenn von objektivierbaren äußeren Verhaltensweisen auf psychische Innenwelten geschlossen

wird? Welche Bedeutung hat der Kontext von Verhaltensweisen für diesen Attributionsprozess? Wie wirkt das Verhalten einer Person auf das Beziehungserleben seines Interaktionspartners? Lassen sich verschiedene Bezugsfelder von äußeren Verhaltensweisen unterscheiden, aus denen sich differentielle Funktionen des ansonsten gleichartigen Verhaltens für die Konstituierung einer therapeutischen Beziehung ergeben? Welche Schlussfolgerungen lassen sich aus der Beantwortung dieser Fragen für die Behandlungstechnik ziehen? Im Folgenden soll versucht werden, einige dieser Fragen zu beantworten.

Die Funktion kommunikativer Zeichen in Abhängigkeit vom intersubjektiven Bezugsfeld

Wenn wir nicht davon ausgehen, die Innenwelten zweier Personen könnten direkt beispielsweise durch die Übertragung von Gedanken miteinander kommunizieren, müssen wir auf Übertragungswege und damit Signale, Reize oder Stimuli zurückgreifen. Damit nehmen wir implizit eine Art von Psychophysik sozialer Interaktionen und von Beziehungen an. Ein solches Modell wurde von Brunswik (1969) schon sehr früh in vorzüglicher Weise ausgefüllt.

Der Sender hat eine innere Welt im Sinne von Intentionen, Eigenschaften, Affekten, Triebzuständen etc., die sich in Analogie zur Übertragung des Lichtes wie in einer Linse in den verschiedenen Informationskanälen, wie der Stimme, den Körperbewegungen, den Händen, der Position des Körpers, den Gesichtsbewegungen usw., brechen und dort sichtbar werden. Für den Empfänger sind diese Brechungen die distalen Reize, die er mit seinen sensorischen psychophysikalischen Apparaturen aufnimmt und wiederum bündelt, um sie in Intentionen, Gefühle etc. zurückzuverwandeln. Diese erneuten Brechungen sind für ihn die proximalen Reize. Auf ihrer Grundlage werden die Attributionen auf die Innenwelt des Senders gemacht. Dazu wird der Empfänger Wissen aus der Stammesgeschichte sowie der eigenen Lebensgeschichte heranziehen. Diese "Schlussfolgerungen" sind sinnlich, unbewusst und meist nicht explizit.

In dieser Psychophysik der Interaktion ist das äußere Verhalten des Senders der distale Reiz für das innere Erleben des

Empfängers. Der Sender nimmt dadurch, ob gewollt oder ungewollt, ob bewusst oder unbewusst, auf das Innere des Empfängers Einfluss. Für den Empfänger hat der distale Reiz im Allgemeinen Indikatorfunktion. Er wird als Ausdruck des inneren Zustandes des Senders gesehen.

Im Rahmen dieses einfachen psychophysikalischen Modells sozialer Interaktion gibt es eine Art Eins-zu-eins-Entsprechung zwischen dem beobachtbaren Verhalten und der Befindlichkeit des Senders in der aktuellen Situation. So würde das Gesicht des Patienten seinen aktuellen Zustand in der therapeutischen Situation ausdrücken und dazu führen, dass der Therapeut in empathischer Weise eben diesen Zustand in den Patienten hineinattribuiert und in entsprechender Weise darauf interaktiv reagiert. Eine solche Art einfacher interaktiver emotionaler Psychophysik kommt sicher vor. In dem Moment allerdings, in dem wir eine repräsentationale innere Welt auch nur für einen der Beteiligten postulieren, wird die Eins-zu-eins-Entsprechung zu einem wahrscheinlich nicht einmal häufigen Sonderfall. Vielmehr ist, wie vor allem die Untersuchungen von Merten (1997) gezeigt haben, der Regelfall eher der, dass sich das sichtbare affektive Zeichen auf die repräsentationale innere Objektwelt des Senders bezieht. Das Gesicht des Patienten drückt zwar immer noch ein Gefühl aus, aber das bezieht sich auf seine innere repräsentationale Objektwelt. Sogar die Wahrnehmung von sich selbst als Objekt transzendiert die direkte Indikatorfunktion. Der Sender mag also auch über sich weinen oder lachen oder sich über sich selbst ärgern, sich selbst verachten, wenn er an sich denkt oder über sich spricht. Im Falle der Einführung einer selbst-reflexiven inneren Repräsentanzwelt ist das Observable nicht mehr allein Symptom für den Zustand des Patienten in der aktuellen Beziehung zum Therapeuten, sondern auch ein Zeichen für seine Beziehung zu einer inneren Objektrepräsentanz und damit in eine Art von Reflexivität grundlegender Art eingebettet. Der Kontext der Benutzung des Zeichens bestimmt, auf welche Welt es sich bezieht, auf die unmittelbare Beziehung im Hier und Jetzt oder auf die repräsentationale innere Welt. Möglich ist immer beides. Die gleiche Logik muss man auch für den Therapeuten annehmen. Je nach der zugehörigen

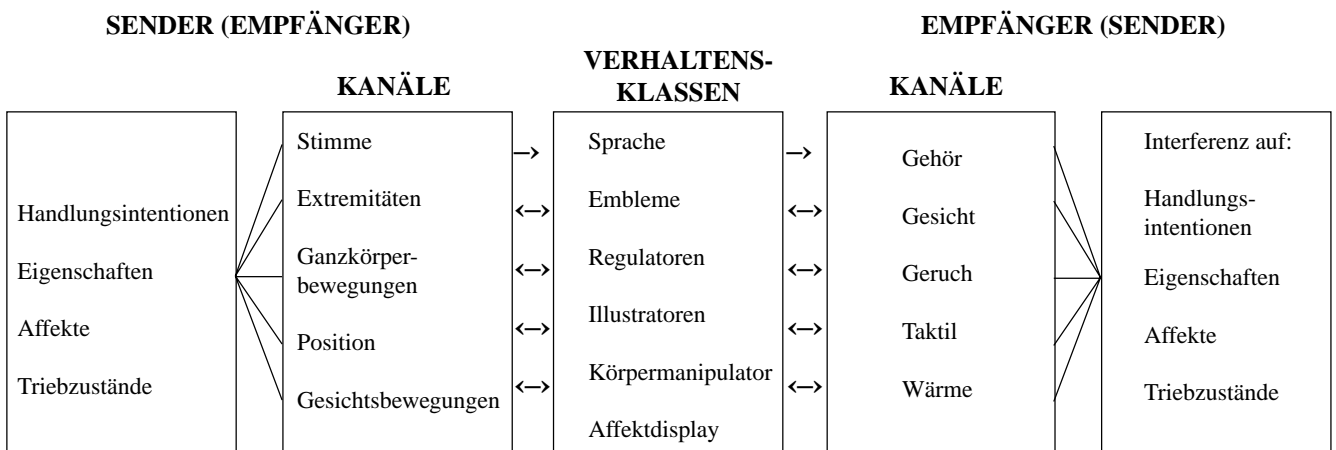


Abb. 1: Linsenmodell sozialer Interaktionen nach Brunswik

gen oder attribuierten inneren Welt wird man andere innere Erlebnisse beider Protagonisten erwarten dürfen. Ein Ärger- oder Angstgesicht, das sich für den Empfänger erkennbar auf die innere Objektwelt des Senders bezieht, wird sich anders im aktuellen Beziehungserleben von Sender und Empfänger niederschlagen als ein direkter interaktiver Bezug der gleichen Zeichen. Neben Blickverhalten und paraverbalen Verhaltensweisen ist der sprachinhaltliche Kontext eines affektiven Zeichens eine wichtige Informationsquelle für den Empfänger, die es ihm erst ermöglicht, das Zeichen dem entsprechenden Bezugsfeld zuzuordnen (Benecke 2000).

Wenn aber ein Affekt an eine unbewusste repräsentationale Innenwelt angebunden ist, kann der Objektbezug des affektiven Zeichens nicht durch die sprachlich kontextuelle Einbettung expliziert werden. Für den Interaktionspartner bleibt der Bezug dann notwendigerweise unklar, und er wird daher das affektive Zeichen auf die aktuelle Beziehung respektive auf sich selbst beziehen und entsprechend direkt interaktiv affektiv darauf reagieren. Auf diese Weise werden die eigentlich an unbewusste Repräsentanzen geknüpften Affekte regelmäßig interaktiv wirksam, und die subjektive Innenwelt des Patienten manifestiert sich im interaktiven intersubjektiven Feld dann als gemeinsam erlebte, reale Beziehungskonstellation. Diese Prozesse der Aktualisierung der subjektiven Innenwelt des Patienten im interaktiven intersubjektiven Feld des realen Beziehungsgeschehens finden auch in Psychotherapien statt, und in diesem Fall ist es der Therapeut, der durch seine interaktiven Reaktionen einen wesentlichen Anteil daran hat. Wie groß der Anteil des Therapeuten, der Beitrag seiner Subjektivität, an der sich entwickelnden Beziehung ist, wird innerhalb der Psychoanalyse zur Zeit kontrovers diskutiert, ebenso die behandlungstechnischen Konsequenzen (Thomä 1999, Kernberg 1999, Renik 1999, Paniagua 1999). Für Renik (1999) beispielsweise erübrigt sich aufgrund des Einflusses der Subjektivität des Analytikers auf den Behandlungsprozess das Konzept der Gegenübertragung, und er plädiert für eine

offene Mitteilung und Diskussion der Ideen und Wahrnehmungen des Analytikers. Kernberg (1999) und Paniagua (1999) dagegen unterstreichen die professionelle und reflektierende Funktion des Analytikers, der in dieser Funktion außerhalb der aktuellen Beziehungsverstrickung steht und erst dadurch, unter Heranziehung von Wissen, zu einem tieferen und realistischeren Verständnis des interaktiven Geschehens und der intrapsychischen Bedingungen des Patienten gelangen und deutend veränderungswirksam eingreifen kann.

Während in Alltagsdyaden die Interaktionspartner der Patienten für gewöhnlich in erster Linie an ihrer Selbstregulation interessiert sind und somit der maladaptive Zirkel ständig in Variationen wiederholt wird, geht es in therapeutischen Dyaden um die Durchbrechung dieser Wiederholungsprozesse. Eingedenk der eben beschriebenen Aktualisierungsvorgänge geht es also darum, die verloren gegangene repräsentationale Innenwelt des Patienten wieder zurückzugewinnen, und damit auch das eigentliche Bezugsfeld der Affektivität des Patienten. Der Wiederholungsanteil des Geschehens im interaktiven intersubjektiven Feld zwischen Patient und Therapeut kann so in das mentale intersubjektive Feld zurückgeholt werden, mitsamt der zugehörigen Affektivität und nun für beide bewusst erleb- und reflektierbar.

Der therapeutische Prozess und die Konstituierung des intersubjektiven Feldes

Aus den eben dargestellten Überlegungen lässt sich ableiten, dass sich erfolgreiche von weniger erfolgreichen Behandlungen darin unterscheiden, in welchem kontextuellen Umfeld affektive Zeichen verwendet werden. Das gilt auch für die Affekte der Therapeuten, denn das Bezugsfeld ihrer affektiven Reaktionen trägt wesentlich dazu bei, ob die Affektivität im interaktiven Feld verbleibt oder ob es zu einer Erschließung der vormals unbewussten Repräsentanzenwelt und damit einer Neuverortung der Affekte kommen kann.

Negative Affekte (Ärger, Verachtung, Ekel) der Therapeuten in verschiedenen Sprach-Kontexten

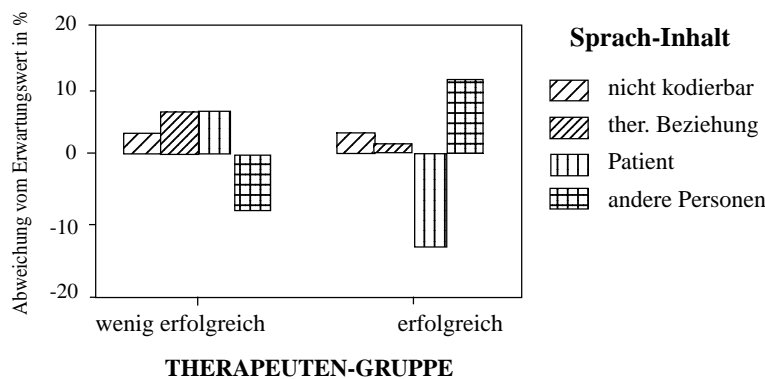


Abb. 2: Negativer Affektausdruck (Ärger, Verachtung, Ekel) von erfolgreichen und weniger erfolgreichen Therapeuten in verschiedenen Sprachkontexten. Abweichungen von den Erwartungswerten (drei erfolgreiche und drei wenig erfolgreiche Therapeuten, jeweils dritte und zwölfte Behandlungsstunde)¹.

¹Die Untersuchung basiert auf der Komplettkodierung der Mimik sowie des Sprachinhaltes dieser 12 Behandlungsstunden. Die Mimik wurde mittels EmFACS (Friesen und Ekman 1984), der Sprachinhalt mit einer eigens für diese Fragestellung modifizierten Version der SASB-Inhaltsanalyse erfasst. Insgesamt zeigten die sechs Therapeuten in den 12 Stunden 465 mimische Affektausdrücke, die Sprachinhaltsanalyse ergab 6265 Kodierungen (siehe Benecke 2000). Die beiden Outcome-Gruppen setzten sich aus je einer psychoanalytischen, einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen und einer dynamisch-intendierten Behandlung zusammen mit jeweils der gleichen Geschlechterverteilung in den Dyaden.

Geht man davon aus, dass der sprachinhaltliche Kontext eines Affektausdrucks der Explikation des Bezugfeldes des Affektes dient, kann erwartet werden, dass die mimisch affektiven Zeichen erfolgreicher Therapeuten innerhalb anderer Inhaltskontexte gezeigt werden als diejenigen ihrer weniger erfolgreichen Kollegen.

In der Abb. 2 sind die prozentualen Abweichungen des negativen affektiven Ausdrucks von drei erfolgreichen und drei weniger erfolgreichen Therapeuten vom durchschnittlichen Erwartungswert dargestellt. Die negativen Affekte haben in den erfolgreichen Therapien eine weit niedrigere Wahrscheinlichkeit als durch Zufall zu erwarten wäre, wenn es sich im Diskurs um den Patienten handelt. Geht es um andere Personen, ist sie weit höher. In den weniger erfolgreichen ist es genau umgekehrt. Geht es um den Patienten und die therapeutische Beziehung, sind negative Affekte überzufällig vertreten, geht es um die anderen, findet man sie weit seltener. In der Abbildung 3 sind diejenigen negativen Affekte der Therapeuten, die innerhalb keines sprachlich explizierten Objektbezuges oder innerhalb des Sprechens über die therapeutische Beziehung gezeigt werden, im Verlauf der ersten vier Stunden dargestellt. Diese negativen Affekte können als interaktive Affekte betrachtet werden, sie beziehen sich auf das interaktive intersubjektive Feld und tragen somit gleichzeitig wesentlich zu dessen Konstituierung bei.

Mittlere Häufigkeit der „interaktiven“
negativen Affekte der Therapeuten

Therapeuten ——— erfolgreich
 - - - wenig erfolgreich

Abb. 3: Mittlere Häufigkeit der *interaktiven* negativen Affektausdrücke (Ärger, Ekel, Verachtung) der Therapeuten im Verlauf der ersten vier Behandlungsstunden. Drei erfolgreiche und drei wenig erfolgreiche Therapeuten.

Die erfolgreichen Therapeuten zeigen anfangs mehr interaktive negative Affekte als die weniger erfolgreichen. Das Verhältnis kehrt sich aber sehr schnell um: In den erfolglosen Therapien steigen die nicht an die repräsentierten Objekte gebundenen affektiven Zeichen der Therapeuten deutlich an,

während sie in den erfolgreichen stetig fallen.

Wenn man solche Befunde im analytischen Rahmen interpretiert, könnte man folgende Konstruktion wagen: Zu Beginn der Behandlung gibt es ein Gegenübertragungsagieren in der Hinsicht, dass die interaktiv emotionalen Zeichen in der therapeutischen Beziehung und in Bezug auf die Person des Patienten auftreten und auch so wirksam werden. Sie sind so betrachtet symptomatisch für das interaktive intersubjektive Feld. In den erfolgreichen Behandlungen wird dieser symptomatische Anteil der emotionalen Zeichen des Therapeuten und damit sein Wirksamwerden in der therapeutischen Beziehung in der Hinsicht aufgehoben, dass im Verlauf die affektiven Signale wieder an diejenigen inneren Repräsentanzen des Patienten angeheftet werden konnten, denen sie wohl ursprünglich einmal gegolten haben. Mit diesem Vorgang ist eine Form von „Einsicht“ verbunden, die beinhaltet, dass eine Generalisierung und Ausdehnung auf alle möglichen anderen Objekte historisch gewissermaßen überholt sind. Ein ähnliches Ergebnis haben Hölzer et al. (1997) gefunden. Sie hatten sich allerdings nur an den Emotionen des Patienten und ihrem Verhältnis zur repräsentationalen Objektwelt, so wie sie sich in seiner Sprache abbildet, orientiert. Der Therapeut als Mediator wurde nicht berücksichtigt.

Die bisher dargestellten Ergebnisse lassen sich wie folgt verstehen: In erfolgreichen Behandlungen, unabhängig von ihrer behandlingstechnischen Ausrichtung, lässt sich der Zusammenhang zwischen der repräsentationalen Welt beider Protagonisten, wie sie sich in der Sprache und dahinter wohl auch im Denken ausdrückt, und den affektiven Phänomenen des Therapeuten herauschälen. D.h., in den erfolgreichen Behandlungen wird der Zusammenhang zwischen der bewussten kognitiv repräsentationalen Welt des Patienten und den beobachtbaren affektiven Signalen des Therapeuten immer eindeutiger. Patient und Therapeut können sich über diese mentale Welt sprachlich verständigen, wodurch eine repräsentationale Intersubjektivität entsteht, und in diese sind dann auch die Affekte eingebunden. In den schlecht verlaufenden Behandlungsformen tritt dies nicht auf, und die affektiven Zeichen der Therapeuten bleiben auf nicht eindeutig klärbare Weise gewissermaßen freischwebend oder, wenn man so will, interaktiv wirksam.

Man muss allerdings klar festhalten, dass auch in den gut verlaufenden Behandlungen die negativen affektiven Zeichen der Therapeuten zu Beginn der Behandlung nicht nur der Objektwelt des Patienten, sondern über weite Strecken tatsächlich direkt interaktiv dem Patienten und damit der Beziehung galten. Das muss man von den Kontextvariablen her schlussfolgern. Man kann daraus ableiten, dass, wenn dies nicht so ist, eine Gegenübertragungsabwehr auftritt. Das Verstehen des Patienten im Sinne einer Begegnung schließt ein, dass die Therapeuten sich in das episodische innere Beziehungsfeld der Patienten gewissermaßen hineinziehen lassen (vgl. Sandler 1976). Nicht zu viel, sonst käme es einer Neuauflage der maladaptiven Muster gleich, aber auch nicht zu wenig, denn sonst würden sie sich die Teilhabe an der subjektiven Innenwelt des Patienten, die erst durch die gemeinsame Aktualisierung im interaktiv intersubjektiven Feld sichtbar wird, verwehren.

Das Bezugsfeld der Affekte und ihre differentielle Wirkung auf das subjektive emotionale Erleben in der Beziehung

Wir hatten oben angenommen, dass die affektiven Zeichen je nach Bezugsfeld ganz unterschiedliche Funktion in Hinblick auf die erlebte Qualität der Beziehung zwischen Patient und Therapeut haben. Affektausdrücke, die im interaktiven Feld gezeigt werden, sollten sich anders im subjektiven Erleben abbilden, als Affektausdrücke, deren Bezugsfeld die mentale Repräsentanzwelt ist. Dieser Frage soll anhand einer Einzelfallbetrachtung nachgegangen werden. Dabei wird die Häufigkeit der Verachtungsmimik des Therapeuten, differenziert nach Kontexteinbettung, mit dem subjektiven Erleben des Patienten in den einzelnen Stunden in Zusammenhang gebracht.

Interaktive Verachtung des Therapeuten
und Freudeerleben des Patienten

—— Pat.: Freudeerleben
- - - Thera.: Veracht.-Mimik

Abb. 4: Zusammenhang zwischen interaktivem Verachtungsausdruck des Therapeuten und dem Freudeerleben des Patienten.

In der Abbildung 4 ist der Zusammenhang zwischen der Verachtungsmimik des Therapeuten und dem inneren Freudeerleben seines Patienten dargestellt. Der gegenläufige Kurvenverlauf mündet in eine negative Korrelation von -0.84 ein. Ergo fühlt der Patient weniger Freude, wenn sein Therapeut Verachtung zeigt. Dieser Zusammenhang ist sehr hoch, viel höher als man ihn üblicherweise innerhalb einer Person erwarten kann. Hier findet man also eine Art Eins-zu-eins-Relation zwischen dem Zeichen einer Person und einem konkordanten inneren Erleben seines Handlungspartners. Wer verachtet wird, freut sich nicht. Dieser Zusammenhang gilt allerdings nur unter der Voraussetzung, dass im simultanen Kontext des mimischen Verachtungsausdrucks entweder gar nicht oder nicht objektbezogen gesprochen wird. Die absoluten Häufigkeiten der Verachtungsmimik des Therapeuten, ohne Berücksichtigung des sprachlichen Kontextes, zeigt keinerlei Zusammenhang mit dem Erleben des Patienten.

Objektbezogene Verachtung des Therapeuten
und Freudeerleben des Patienten

—— Pat.: Freudeerleben
- - - Thera.: Veracht.-Mimik

Abb. 5: Zusammenhang zwischen objektbezogener Verachtungsmimik des Therapeuten und dem Freudeerleben des Patienten.

Wie die Abbildung 5 zeigt, dreht sich das Verhältnis zwischen dem Zeichen des Therapeuten und dem inneren Erleben des Patienten in radikaler Weise um, wenn die Verachtungsmimik im Kontext von Redebeiträgen über andere Personen auftaucht. Nun finden wir einen ausgeprägten positiven Zusammenhang von $+0.69$. D.h., der Patient freut sich umso mehr, je mehr Verachtung der Therapeut innerhalb dieses Sprachkontextes zeigt. Meist sind dies Redebeiträge des Therapeuten, in denen er die „Niederträchtigkeit“ der Handlungsweisen der vom Patienten beschriebenen Objekte - also seiner historischen Handlungspartner - charakterisiert. Therapietechnisch hatten sie den Stellenwert einerseits von Konfrontationen und andererseits von Deutungen des Widerstandes gegen die Wahrnehmung der Qualität dieser objektalen Handlungsweisen. Die Verachtung des Therapeuten bezieht sich hier also auf die Objektwelt des Patienten, und dieser Bezug wird sprachinhaltlich expliziert. Beide verständigen sich über eben diese Objektwelt und der hier vorherrschenden Affektivität. Damit sind diese affektiven Zeichen aus dem direkten interaktiven intersubjektiven Feld herausgeholt und stattdessen im mentalen intersubjektiven Feld verankert. Die gleichartigen Verhaltensweisen haben also je nach Bezugsfeld eine komplett andere Bedeutung für die aktuelle Beziehung zwischen Patient und Therapeut.

Schlussfolgerungen für die Behandlungstechnik

1. Die Beobachtung des vorherrschenden affektiven Verhaltens erlaubt Rückschlüsse auf die spezifische Qualität der Repräsentanzwelt der Patienten. In der gerade erwähnten Behandlung war die Verachtung gewissermaßen der Leitaffekt, um den die Episoden des narzisstisch erkrankten Patienten zentriert waren. Denn obwohl sich die dem

Zeichen zugeordneten Repräsentanzen geändert hatten, ist natürlich ein grundlegender Aspekt des observablen affektiv interaktiven Zeichens erhalten geblieben, der sich durch alle Beziehungen hindurchgezogen hatte. Es ging ja um Verachtung. Welche grundlegende Bedeutung hat dieses Zeichen, unabhängig davon, wem es gilt? Wie alle Primäraffekte, also Angst, Wut, Ekel, Trauer, Freude, Neugier, weist auch die Verachtung eine festgelegte episodische Grundstruktur auf. Es gibt immer ein Subjekt und ein Objekt, und beide sind in einer für das Subjekt hoch bedeutsamen Begegnung interaktiv verstrickt. Das ist die grundlegende protokognitive Struktur aller Affekte. Lazarus (1991) hat in seinen neueren Arbeiten über die Emotionen diese Art basaler protokognitiver Struktur „primary appraisal“ genannt, also „primäre Wahrnehmung und Einschätzung“ der Objektwelt durch das Subjekt. Die inneren Repräsentanzen von Affekten sind von Haus aus episodisch mit dem Minimalgerüst eines Subjekts, eines Objekts und einer hoch bedeutsamen Interaktion zwischen beiden. Darüber hinaus haben die einzelnen Affekte eine spezifische Bedeutung, die sich an der Art der Interaktion zwischen beiden aufhängt. Was das Beispiel Verachtung betrifft, ist eine basale Überlegenheitsattribution von einem der Protagonisten Voraussetzung. Sie muss allerdings auch vom anderen angenommen werden, ansonsten kann sich diese Art der affektiven episodischen Struktur nicht halten. Wird sie nicht angenommen, wechselt der Affektzustand eines der Protagonisten in Wut. Wut bedeutet in diesem Falle, dass die Überlegenheits-Unterlegenheitsdimension wieder verflüssigt wird und um die Statusattribution „gekämpft“ werden muss, bis einer der beiden die Situationsdefinition des anderen annimmt oder sich eine ganz andere Situation ergibt. Das intersubjektive Feld der Verachtung ist also von der Episodenstruktur her dadurch charakterisiert, dass einer der Protagonisten eine überdauernde Überlegenheitsattribution im intersubjektiven Feld aufrecht erhalten kann. Solche Zustände werden von vielen Psychotherapeuten als Aggression oder Ärger beschrieben, was ein grundlegender Fehler mit behandlungstechnischen Folgen ist. Bei Ärger gibt es in dieser Form keine Verachtung und umgekehrt schließt Verachtung offene Wut aus. Dies sei deshalb betont, weil unabhängig vom Bezugsfeld die Beobachtung der affektiven Zeichen sehr wohl fundamentale Rückschlüsse auf die Subjekt-Objektbeziehung und damit auch die Natur der Objektbeziehungen sowohl in der therapeutischen Dyade wie auch den inneren Repräsentanzen erlaubt. Diese protokognitive Struktur der Primäraffekte ist von mehreren Autoren durchbuchstabiert worden (siehe z.B. Lazarus 1991, Krause 1997, Scherer 1984).

2. Die therapeutische Beziehung konstituiert sich nicht ausschließlich nach einer einfachen Psychophysik sozialer Interaktionen, auch nicht nach einem so elaborierten Modell wie dem von Brunswik. Sie ist übersummativ, holistisch und gestalthaft organisiert. Die bewussten und unbewussten Verhaltensparameter und inneren Welten beider Parteien formieren sich in einer neuen bewussten und un-

bewussten Gestalt (Baranger 1993). Manche Praktiker und Theoretiker leiten daraus ab, dass eine objektivierend beobachtende analytische Haltung nicht nur nicht notwendig, sondern sogar schädlich wäre. So meint etwa Stolorow (1988), dass nur eine Realität relevant und zugänglich für die psychoanalytische Arbeit sei. Diese Realität sei hochgradig subjektiv und könne nur mit Introspektion und Empathie untersucht werden. Die Annahme einer objektiven Realität sei ein Abwehrprozess. Dennoch seien Deutungen und Erklärungsansätze nicht beliebig. Als Kriterien für die Güte von aus diesen nicht objektivierbaren intersubjektiven Beziehungsgestalten abgeleiteten Deutungen gelten: a) logische Kohärenz, b) Vollständigkeit der Erläuterung, c) ästhetische Schönheit und d) Konsistenz mit dem akzeptierten psychologischen Wissen. Während die Punkte a) bis c) sich nicht als Validitätskriterien einer Intervention eignen, wird mit dem Rekurs auf das psychologische Wissen der Rahmen der ausschließlich subjektiven Realität wieder verlassen. Die Kritik an diesem intersubjektiven Ansatz, der auf die Übersummativität und die gestalthaft holistische Sichtweise zurückgreift, soll deutlich machen, dass diese Sichtweise nicht zum Verzicht auf objektivierende Selbst- und Fremdbeobachtung führen darf. Diese Haltung, die in der Selbstpsychologie stark vertreten ist, erinnert an Frühformen der klientenzentrierten therapeutischen Attitüde, in der der Verzicht auf Wissen als explizit therapeutisch fruchtbar bezeichnet wurde.

Die Qualität der therapeutischen Beziehung konstituiert sich zum einen aus dem aktuellen Geschehen im interaktiven Feld, das sind im Wesentlichen die direkt aufeinander bezogenen Verhaltensweisen, also die interaktive Psychophysik, und zum anderen aus der gemeinsam geteilten mentalen Welt. Beide Felder der Intersubjektivität sind zumindest in Teilen objektivierend beobachtbar. Es gibt genügend empirisches Material für die Realität der Psychophysik der Übertragung, denn in vielen Untersuchungen unserer Forschungsgruppe haben wir gezeigt, dass auf der Ebene des Gegenwartsunbewussten nach Sandler und Sandler (1983, 1985) sehr wohl psychophysikalische Übertragungsvorgänge, die ganz unbewusst ablaufen können, auftreten. Beispielsweise passen sich psychisch Gesunde für gewöhnlich dem Affekt- und Ausdrucksniveau psychisch Erkrankter ganz unbemerkt an, was umgekehrt nicht gilt. Dieses unbemerkte körperliche Hineinziehen in die Gefühlswelt des anderen ist wahrscheinlich die Grundlage für die gemeinsame basale Phantasie, die die Dyade kennzeichnet. Wir müssen aber davon ausgehen, dass sie unbewusst ist.

Das Gegenwartsunbewusste des Analytikers besteht aus all den zahllosen Dingen die er tut, ohne sie zu bemerken, beispielsweise Verachtung zeigen. Das Nicht-Bemerken dieser Verhaltensweisen dient der Stabilisierung seiner inneren subjektiven Welt, und deshalb ist es im Allgemeinen nur schwer introspektionsfähig, hat aber nichtsdestotrotz konstituierenden Einfluss auf die sich in der Dyade herstellende intersubjektive Beziehungsrealität. Das affektive Verhalten der Therapeuten ist zwar einerseits Reakti-

on auf die Beziehungsangebote der Patienten, andererseits sind diese Reaktionen aber auch in hohem Maße von der Subjektivität der Therapeuten bestimmt. Gerade diese Verhaltensweisen müssen zum Gegenstand seiner objektivierenden Betrachtung werden, sonst bleibt er in der interaktiven intersubjektiven Verstrickung verhaftet. Das ist etwas anderes als die Analyse der Gegenübertragung, solange man den Begriff der Gegenübertragung auf das innere Gefühlsleben und die Phantasie einschränkt. Mit anderen Worten, die fortlaufende Selbstanalyse in der Arbeit mit den Patienten muss auch eine wohlwollende, aber doch scharfsinnliche und scharfsichtige Beobachtung des eigenen Verhaltens einschließen. Diese objektivierende Selbstbeobachtung des Therapeuten darf sich nicht auf das Verhalten im interaktiven intersubjektiven Feld beschränken, sondern sollte die Reflexion über die eigene affektive Haltung in Bezug auf die repräsentationale Objektwelt der Patienten mit einbeziehen, da diese Haltung, wie unsere Ergebnisse deutlich machen, den Patienten wahrnehmbar wird und sie sich damit identifizieren. Dies ist jedoch nicht als neue Überich-Forderung zu verstehen, sondern als eine Aufforderung zur wohlwollenden Wahrnehmung und Akzeptanz der eigenen sicht- und beobachtbaren Persönlichkeit und ihres daraus folgenden Verhaltens.

Literatur

- Baranger, M. (1993). The mind of the analyst: From listening to interpretation. *International Journal of Psychoanalysis*, 74, 15-24.
- Benecke, C. (2000). *Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt in Kurzpsychotherapien*. Inauguraldissertation der Philosophischen Fakultät III: Empirische Humanwissenschaften, Universität des Saarlandes.
- Brunswik, E. (1969). *The conceptual framework of psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Fiedler, P. (1997). Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 7-40.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., Steele, M. (1998). *Reflective Functioning Manual, Version 5*. For application to adult attachment interviews. London: Psychoanalysis Unit, University college.
- Friesen, W.V., Ekman P. (1984). *EMFACS-7*. Unveröffentlichtes Manual.
- Grawe, K. (1997). Moderne Verhaltenstherapie oder allgemeine Psychotherapie, *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 18, 137-160.
- Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 6, 350-359.
- Hamilton, V. (1996). *The analyst's preconscious*. London: Analytic press.
- Heigl-Evers, A., Heigl, F.S., Ott, J. (1993). Abriß der Psychoanalyse und der analytischen Psychotherapie. In: A. Heigl-Evers, F.S. Heigl und Ott (Hrsg.): *Lehrbuch der Psychotherapie*. Stuttgart: Fischer, 1-284.
- Hölzer, M., Pokorny, D., Kächele, H., Luborsky, L. (1997). The Verbalization of Emotions in the Therapeutic Dialogue - A correlate of Therapeutic Outcome? *Psychotherapy Research* 7:261-273.
- Kernberg, O.F. (1999) Plädoyer für eine "Drei-Personen-Psychologie". *Psyche*, 53, 9/10, 877-893.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre*. Band 1. Grundlagen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krejci, E. (1999) Zusammenkommen und Zerfallen. Das Modell des Behälters und die PS-Gehbewegung als Brennpunkt von Bindungstheorie des Geistes. *Forum der Psychoanalyse*, 15, 25-41.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York, Oxford University Press.
- Merten, J. (1997). Facial-affective behavior, mutual gaze and emotional experience in dyadic interactions. *Journal of Nonverbal Behavior*. 21(3), 179-201.
- Orlinsky, D.E. Grawe, K., Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. Noch einmal. In: A.E. Bergin und S.L. Garfield (Hrsg.): *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley, 270-376.
- Paniagua, C. (1999). Das Konzept der Intersubjektivität – einige kritische Bemerkungen. *Psyche*, 53, 9/10, 958-971.
- Renik, O. (1999). Das Ideal des anonymen Analytikers und das Problem der Selbstenthüllung. *Psyche*, 53, 9/10, 929-957.
- Rudolf, G. (1991). *Die therapeutische Arbeitsbeziehung*. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien. Berlin-Heidelberg: Springer.
- Sandler, J. (1976). Gegenübertragung und die Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche*, 30, 297-305.
- Sandler, J., Sandler, A.M. (1983). The second censorship in „the three box model“ and some technical implications. *The International Journal of Psychoanalysis*, 64, 413-426.
- Sandler, J., Sandler, A.M. (1985). Vergangenheits-Unbewußtes, Gegenwarts-Unbewußtes und die Deutung der Übertragung. *Psyche*, 39, 1985, 800-829.
- Scherer, K.R. (1984). On the nature and function of emotion: A component process approach. In: K.R. Scherer und P. Ekman (eds.) *Approaches to emotion*. Hillsdale: Erlbaum (S. 293-318).
- Stolorow, R. (1988). Intersubjectivity, psychoanalytic knowing and reality. *Contemporary psychoanalysis*, 24, 331-337.
- Thomä, H. (1999) Zur Theorie und Praxis von Übertragung und Gegenübertragung im psychoanalytischen Pluralismus. *Psyche*, 53, 9/10, 820-872.

Dipl.-Psych. C. Benecke
 Universität des Saarlandes
 Fachrichtung Psychologie
 66123 Saarbrücken
 e-mail: bene@rz.uni-sb.de