

# **DAS GEGENWÄRTUNBEWUSSTE ALS KLEINSTER GEMEINSAMER NENNER ALLER TECHNIKEN— INTEGRATION UND DIFFERENZIERUNG ALS ZUKUNFT DER PSYCHOTHERAPIE**

## **THE PRESENT UNCONSCIOUS AS THE SMALLEST COMMON DENOMINATOR OF ALL THERAPEUTIC TECHNIQUES – INTEGRATION AND DIFFERENTIATION AS FUTURE DEVELOPMENT OF PSYCHOTHERAPY**

***Rainer Krause***

### **Zusammenfassung**

In der vorliegenden Arbeit wird versucht, die 25-jährigen Studien der Forschungsgruppe Saarbrücken zusammenzufassen. Es wird argumentiert und mit dem empirischen Material untermauert, dass man die Hartnäckigkeit psychischer Störungen teilweise erklären kann durch das unbewusste mikroaffektive Verhalten der seelisch erkrankten Personen, das ihre normalen Partner dazu bringt, ihre unbewussten Annahmen über sich und die Welt zu bestätigen. Die Art und Weise, wie dies geschieht, wird am Verhalten verschiedener Störungsbilder aufgezeigt. Nach Weiss und Sampson hat dieses Verhalten als Testfunktion sicherzustellen, dass sich die bedeutsamen anderen nicht den historischen Figuren entsprechend verhalten. Die Sicherheitsgrenzen sind allerdings so hoch angesetzt, dass ein Alltagsinteraktionspartner sie nicht bestehen kann. Im zweiten Teil werden die Studien dargestellt, die untersucht, ob sich gute Therapeuten ganz unterschiedlicher theoretischer Ausrichtung dadurch auszeichnen, dass sie sich dieser unbewussten Verhaltensinduktion entziehen können. Diese Annahme konnte sehr überzeugend bestätigt werden. Die Anzahl mikroaffektiver Verflechtungen korreliert signifikant mit dem Misserfolg, wobei reziproke Verflechtungen besonders unheilvoll sind. Darunter werden unbewusste affektive Antwortreaktionen verstanden, die im gleichen hedonischen Umfeld stattfinden, beispielsweise der Freude oder aber der negativen Affekte wie Verachtung und Ekel. Es wird eine Taxonomie des Scheiterns gut ausgebildeter Therapeuten vorgenommen, und es werden Überlegungen zur Behandlungstechnik und Ausbildung angestellt.

### **Schlüsselwörter**

Affektive Mikrowelten – Behandlungstechniken – Behandlungserfolg

### **Summary**

This piece of work tries to summarize 25 years of work of the Saarbrücken research group. It will be argued that the longevity of psychic disturbances can be explained at least partially through an unconscious micro affective process through which patients lead their partners to confirm their unconscious assumptions about themselves and the world. It is shown how this process operates in different groups of disturbances. Following Weiss and Sampson it will be argued that this behaviour might have a testing function to secure that the present partners with whom they got involved do not follow the past models. The security limits are however so high that an average interaction partner cannot pass them. In the second part the research investigating the hypotheses that successful therapists of different theoretical background can be characterized that they are able to escape these unconscious affective induction processes. This assumption could be confirmed in a very convincing way. The amount of micro affective entanglements correlates significantly high with failure, whereby reciprocal patterns are especially bad. This means that affective micro responses of the same hedonic frame, for example mutual smile or mutual contempt and disgust are detrimental for the process. A taxonomy of failure of well trained psychotherapists and some thoughts for treatment technique and training will be outlined.

### **Keywords**

Affective microworlds – treatment techniques – success of treatment

### **Einleitung**

Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapien sind zumindest bei gut ausgebildeten Therapeuten recht erfolgreich. Über 897 kontrollierte Studien kann man dahin gehend zusammenfassen, dass es dem durchschnittlichen Patienten der großen Verfahren Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächs-

therapie nach der Behandlung besser geht als 80% der unbehandelten (Grawe et al., 1994). Eine solche Wirkungsziffer ist im medizinischen Bereich eher selten. Sie ist 14-mal höher als beispielsweise die Verhinderung von tödlichen Herzinfarkten durch Betablocker im Vergleich mit Aspirin. Gleich-

<sup>1</sup> Diese Zusammenfassung beruht auf der Arbeit folgender Personen: Prof. Eva Bänninger-Huber, Prof. Dr. Buchheim, Dr. Cord Benecke, Dr. Endres de Oliveira, Dr. Frisch, PD Dr. phil. Jörg Merten, Dr. Evelyne Steimer-Krause, Dr. S. Schulz und vielen anderen. Die Projekte wurden gefördert vom Schweizerischen Nationalfond, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und vielen anderen. Zu danken haben wir der Unterstützung durch das Forschungslabor von Prof. Ekman an der University of California.

wohl verlangen die Krankenkassen nicht, dass sich die gefährdeten Personen mit letzterem begnügen. Trotz dieser schönen und befriedigenden Ergebnisse haben wir ein Problem. Angeblich soll es 250 verschiedene Psychotherapien geben. Das ist vor dem Hintergrund einer wissenschaftlichen Begründung der Verfahren zu viel. Wenn alle mit ihnen verbundenen Theorien gelten sollten, könnten wir trotz der Erfolge Wissenschaftlichkeit nicht beanspruchen, und wir hätten große Mühe, uns von Geistheilern und Schamanen zu unterscheiden. Das Problem hat sich angeblich dadurch verkleinert, dass im Moment nur zwei große Gruppierungen wissenschaftlich anerkannt sind. Die im weitesten Sinne psychodynamischen oder tiefenpsychologisch fundierten und die Verhaltenstherapien werden durch die Solidargemeinschaft finanziert. Sie sind aber in ihrem Selbstverständnis als Theorie und als Technik noch hinreichend verschieden, um in Hinblick auf die Wissenschaftlichkeit ins Grübeln zu kommen. Es könnte allerdings auch sein, dass beide Gruppen zumindest in ihren Heilungsritualen, ob nun gewollt oder nicht, ähnliche Strategien verfolgen wie die Geistheilern, die ja nachweislich auch sehr erfolgreich sind. Frank (1997), der sich mit dem Vergleich von Heilern und Psychotherapeuten befasst, definiert die Rahmenbedingungen psychotherapeutischen Handelns wie folgt:

„Man braucht einen geschulten, sozial sanktionierten Heiler, einen Leidenden, der den Heiler um Hilfe bittet und eine begrenzte, mehr oder weniger strukturierte Folge von Kontakten zwischen dem Heiler und dem Leidenden, durch die der Heiler, Änderungen im inneren Zustand des Leidenden, zu erzielen sucht. Alle Beteiligten glauben, daß diese Änderungen dem Leidenden helfen werden. Obwohl dabei auch physikalische und chemische Hilfsmittel gebraucht werden können, geht der heilende Einfluß doch hauptsächlich von Worten, Handlungen und Riten aus, an denen der Leidende, der Heiler und -gegebenenfalls - die Gruppe gemeinsam teilnehmen“ (Frank, 1997, S. 21 f.). Zweifellos gelten diese Kriterien mit Einschränkungen auch für die sich als wissenschaftlich verstehenden therapeutischen Begegnungen. Als mündige, aufgeklärte Bürger würden wir allerdings erwarten, dass der Wissenschaftsnachweis vorzugsweise an dem, was in den Kontakten geschieht, anzusetzen hat. Wenn dort beispielsweise erfolgreich „gehext“ würde, wäre uns wenig geholfen. Nun wird auch in der Pharmakotherapie ganz unfreiwillig gehext. Es kann keinen Zweifel mehr daran geben, dass gerade hier die Wirkung des so genannten Placeboeffektes mindestens so groß ist wie die spezifische Wirkung vieler Substanzen, sei es über die unbewusste Kooperationsneigung bzw. Verweigerung, sei es über die heilende Wirkung von Hoffnung, Glaube und Kampfeswillen. Es gibt keinen Grund, an diesem Befund für die Psychotherapie zu zweifeln. Es könnte aber auch sein, dass es ein Forschungsdefizit für die heilende Kraft einer personengerechten unbewussten Beziehungsgestaltung gibt. Bei genauem Hinsehen stellt sich allerdings heraus, dass das Problem nicht nur in der Psychotherapieforschung, sondern auch in der mangelhaften wissenschaftlichen Konzeptualisierung psychischer Störungen insgesamt liegt. Die modernen Taxonomien und Manuale, beispielsweise das Diagnostische und Statistische Manual Nr. IV für Psychische Störungen der American Psychiatric Association, verzichten explizit auf den

Krankheitsbegriff und wählen Formulierungen wie:

„Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen“ (Saß et al., 1996). Dieses Vorgehen ist verständlich, weil für lange Zeit kein Konsens über die Verursachung psychischer Störungen zu erzielen war. Diese neuen Taxonomien wurden entwickelt, um die Übereinstimmung der Diagnosen zu erhöhen, was auch gelungen ist, aber offensichtlich dadurch erreicht wurde, dass immer neue Minikrankheiten gefunden oder erfunden wurden. Wenn es allerdings keinen Konsens in Bezug auf die Entstehung seelischer Krankheiten gibt, wäre es unvernünftig, einen solchen für die Behandlungsverfahren zu erwarten. Langsam spricht sich das Problem herum. Im Psychiatric Research Report schreibt der Direktor der Psychiatrie der John Hopkins University, Paul McHugh:

„Die Krise der Psychiatrie ist offensichtlich, und es wurden viele Erklärungen dafür angeboten ... Der eigentliche Grund, warum wir in Schwierigkeiten sind, ist jedem Doktor, der aus einem anderen Fach kommt und zuschaut, wie wir arbeiten, sofort klar. Solch ein Marsbewohner wird feststellen, dass wir unter einem sehr merkwürdigen klassifikatorischen System funktionieren, einem, das darauf insistiert, dass wir mentale Störungen durch ihre symptomatische Erscheinung definieren sollen. Wenn uns ein solcher Besucher fragt, wie wir diese mentalen Störungen erklären, murmeln wir ein merkwürdiges Mantra wie, wir verwenden den biopsychosozialen Ansatz, obwohl der Besucher schnell feststellen wird, dass dieser Ansatz nur Bruchstücke von Ingredienzien und Erklärungen beinhaltet“ (McHugh, 2001, übersetzt von R. Krause).

Die deutsche Variante ist das so genannte Diathese-Stress-Modell, das vor allem in der Verhaltenstherapie Anwendung findet und vermeintlich alles erklärt. Dieser führende Mann der US-amerikanischen Psychiatrie fordert mit Nachdruck, dass wir eine neue konzeptuelle Struktur finden, die es erlaubt, die mentalen Störungen, die wir behandeln, durch ihre essenzielle Natur und nicht durch das Erscheinungsbild zu definieren. Wenn man so lange im Geschäft ist wie der Autor, freut man sich über solche neuen Entwicklungen. Seit unserem ersten Projekt aus dem Jahr 1974 haben wir nach dieser „Essenz“ gesucht, und wie ich hoffe, nähern wir uns langsam einem besseren Verständnis. Darüber soll nun als Einstieg in die Psychotherapietheorie berichtet werden.

### **Einige grundlegende Beobachtungen zu psychisch gestörtem Verhalten**

Als Erstes war uns bereits damals aufgefallen – und das war gewiss nicht neu –, dass psychische Störungen sich nicht nur durch eine außerordentlich hohe Vorhersagbarkeit und Stabilität ihrer Lebensthemen und Krisen (Bibring, 1943), sondern auch durch ihr fast subliminales affektives Beziehungsverhalten auszeichneten (Krause, 1981). Ersteres wurde in der Psychoanalyse Wiederholungszwang, in den anderen Theorieformen zyklische maladaptive Muster, Kernkonflikt oder Kernbeziehungsthemen genannt (Luborsky, 1977; Johnson

et al., 1989). D.h. aber auch, dass die so genannten Spontanremissionen nicht nur selten sind, sondern dass wir darüber hinaus eine sehr starke Tendenz der Tradierung seelischer Störungen von einer zur nächsten Generation vorfinden. Ich spreche wohlgerne nicht nur von einer genetischen Tradierung, sondern auch von einer sozialen Transmission von beispielsweise Bindungsstilen und/oder traumatischen Erfahrungen über drei Generationen hinweg. Dass eine solche regelhaft auftritt, ist heute gut bestätigt (Bennoit und Parker, 1994). Die Befunde über die ultrakurzen affektiven Reaktionen des Gesichts und der Stimme waren durch einzelfallorientierte Forschungen der Gruppe um Hagaard und Isaacs bereits 1966 angedeutet worden. Ganz unbekannt - und auch für uns verblüffend - war, dass diese Verhaltensweisen von ihren Gesprächspartnern unbemerkt übernommen wurden (Krause, 1981). In der folgenden Abbildung findet man eine grafische Zusammenfassung unserer Ergebnisse.

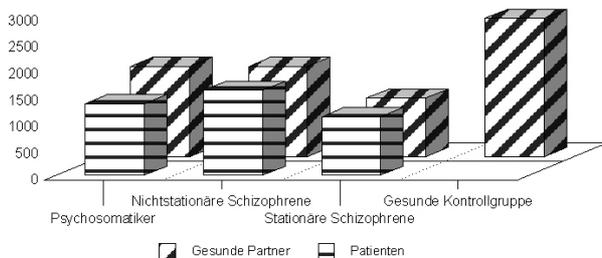


Abbildung 1: Häufigkeit mimischer Innervationen von psychisch /somatopsychisch Gestörten mit Gesunden Interaktionspartnern.

In einer normalen Alltagssituation passen sich gesunde Erwachsene an den mikroaffektiven Stil psychisch kranker Personen an, ohne etwas über die Erkrankung zu wissen. Es gibt zwei Formen von Anpassung, eine etwas häufigere geschieht nach unten und eine seltenere nach oben. Nach langen Forschungen über die Natur dieser Prozesse einerseits und der beiden Gruppen andererseits glauben wir Folgendes sagen zu können:

1. Die unbewusste Affektanpassung ist in allen Dyaden zwischen Menschen zu finden. Störungsspezifisch ist die Eindeutigkeit der Beeinflussungsrichtung durch den Kranken. Während man bei Diskursen von Gesunden untereinander von einer gleich großen Aufklärung der Varianz des Verhaltens durch die Situation, den Partner und die eigene Person ausgehen kann, bestimmt im Fall einer Dyade mit psychisch Kranken dieselbe 80% der Varianz (Krause, 1981, 1997).
2. Die Abwärtsregulierung der sichtbaren Mikroaffektivität scheint über verschiedene Störungsbilder hinweg an die folgenden seelischen Regulierungen gebunden (Hufnagel et al., 1991). Der interaktiv sichtbare Anteil der Affektivität der Kranken ist nicht oder nur sehr wenig an die bewussten kognitiven Inhalte des Diskurses der Dyade gebunden.

3. Die Aufwärtsanpassung scheint kennzeichnend für die hysterischen Zustandsbilder zu sein. Hier findet sich sehr wohl eine Anbindung des sichtbaren Affektes an einen kognitiven Vorgang. Derselbe scheint aber über weite Strecken unbewusst (Frisch et al., 1995).

Diese Befunde ließen uns die Frage stellen, ob die hohe Stabilität der Störung nicht wenigstens teilweise eine bislang unerkannte sozialkommunikative Dimension beinhaltet.

Wir begannen nach einem bis dahin übersehenen Geschehen der Kommunikation zu suchen, das für die Pathogenese und die Salutogenese bedeutsam sein könnte. Es fiel auf, dass die Affekte weder in der Krankheitstheorie noch in der Psychotherapieforschung eine zentrale Rolle spielten. Ihre Wichtigkeit für psychische Störungen und auch für die Gestaltung der Beziehung war wohl bekannt, aber man betrachtete sie mehr oder weniger als unspezifische Energie wie das Benzin, das man eben braucht, um ein Auto anzutreiben. Das war bei Piaget (1954) und Freud (1894), aber auch den empirisch arbeitenden experimentellen Psychologen wie Schachter und Singer (1962) so. In diesen Theorien wurden die körperlichen Anteile der Affekte – sei es in der Mimik, in der Motorik oder in der Physiologie - als unspezifischer „Arousal“ definiert. Die Spezifität, so dachte man, käme von den sie begleitenden Kognitionen und Phantasien. Wir hatten keinen Grund, dieser Sichtweise zu folgen. Wir fanden wie schon beschrieben hochspezifische affektive Ausdrucksmuster bei den Partnern, die ebenso hochspezifisch reagierten. Daraus schlossen wir, es gäbe so etwas wie eine unbewusste Semiotik des affektiven Körpers in Gruppen bzw. zwischen Menschen. Autoren, die sich mit diesem Phänomen beschäftigt hatten, sprachen von „Kinesics“ (Birdwhistell, 1971). Ekman und Friesen (1982, 1986, 1992) und Ekman (1994) nahmen Darwin (1872) folgend an, es gäbe spezifische phylogenetisch vermittelte affektive Zeichen, zumindest in der Mimik und in der Stimme, die nur in geringem Maße kulturabhängig seien und die wir wenigstens partiell mit den Primaten teilten.

In den nächsten sind diese von Ekman vorgeschlagenen prototypischen Muster für Freude, Ärger, Ekel, Trauer, Angst, Verachtung und Interesse zu finden (Ekman und Friesen, 1986).



Abbildung 2: Freude



Abbildung 3: Ärger



Abbildung 6: Verachtung



Abbildung 4: Ekel



Abbildung 7: Überraschung



Abbildung 5: Trauer

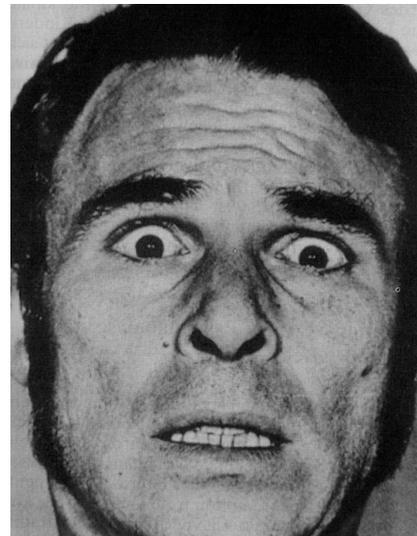


Abbildung 8: Angst

Um einem immer wieder auftauchenden Missverständnis entgegenzutreten, soll an dieser Stelle festgestellt werden, dass die Forschung nicht bestätigen kann, dass Personen, die diese Zeichen emittieren, sich auch innerlich so fühlen oder eine spezifische Physiologie zeigen. Die bestätigte Schlussfolgerung ist: die überwiegende Mehrzahl aller Beobachter solcher Muster in allen uns bekannten Kulturen stimmt dahingehend überein, dass sie den Produzenten der Zeichen gleiche Episoden zuschreibt (Scherer und Tannenbaum, 1986). Die Schlussfolgerung also, dass sich die Person, die das Zeichen emittiert, wirklich so fühlt, ist nicht möglich. Dies kommt daher, dass bei der Semiotik des Affektes der Zeichentheorie folgend aus dem affektiven Zeichen selbst keine Schlussfolgerungen gezogen werden können, auf welche Gegenstandsbereiche sich das Zeichen bezieht.

Nach Bühlers Organon-Modell (Bühler, 1934) kann man drei unterschiedliche Möglichkeiten unterscheiden:

1. Das Zeichen wird als Symptom betrachtet. Es ist Ausdruck für den inneren Zustand des Senders.
2. Das Zeichen hat Appellfunktion und soll den Empfänger zu einer bestimmten Handlung bringen.
3. Das Zeichen bezieht sich weder auf den Sender noch auf den Empfänger, sondern stellt einen seelischen Kommentar über ein mentales Objekt dar, über das der Sender spricht oder nachdenkt (siehe Abb. 9).

## Organonmodell der Bedeutung affektiver Zeichen

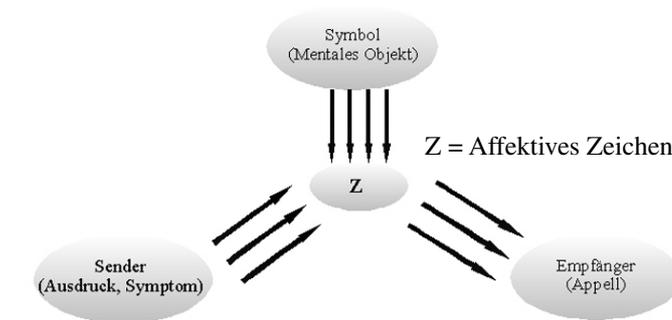


Abbildung 9: Organonmodell der Bedeutung affektiver Zeichen

Nach unseren Untersuchungen (Merten, 1996; Schwab, 2000) ist letzteres bei seelisch reifen Erwachsenen der Normalfall, d.h. aber andererseits, dass man im Allgemeinen eine relativ niedrige Korrelation zwischen dem Zeichen und dem inneren Zustand des Senders vorfindet, d.h., zivilisierte, geistig rege Zeitgenossen haben ihre affektive Ausdruckswelt mit ihrer mentalen Struktur verbunden. Sie benutzen sie nicht primär als Appell oder Ausdrucksphänomen. Bei Personen mit einem niedrigen Grad an seelischer Strukturierung ist dies nicht so. Bei Kleinkindern auch nicht. Gleichwohl treten bei Kleinkindern diese Muster sehr früh auf, und sie werden in dem Sinne von ihnen verstanden, dass sie spezifische Wirkungen bei ihnen hervorrufen.



Abbildung 10: Affektive Mimik eines 4 Monate alten Jungen beim Anblick von Bild 8

Die sichtbare Mimik (Abb.10) ist bei diesem Kleinkind dadurch entstanden, dass ihm das vorherige Bild 8 gezeigt wurde. Da der Junge nicht nur das mimische Muster kopiert, sondern dazu auch noch schrie, muss man annehmen, dass ein spezifischer affektiver Algorithmus in Gang gebracht wurde, der schließlich in das expressive Muster einmündet. Endres de Oliveira und Krause (1989) konnten diese Befunde verallgemeinern.

Auf dem Höhepunkt der symbiotischen Phase (3.-4. Lebensmonat) findet man signifikante Ansteckungsphänomene für die negativen Ausdruckskonfigurationen Angst, Ekel, Trauer, die im Alter von 6 bis 7 Monaten verschwinden und eher gegenteiligen Phänomenen Platz machen.

Wir wollen vorläufig nicht auf das schwierige Problem der inneren Entsprechungen solcher Expressionen eingehen, sondern unter Verweis auf die Forschungen zum „social referencing“ darauf hinweisen, dass diese Zeichen, so sie von den Eltern benutzt werden, in jedem Fall spezifische Wirkungen haben. Die Studien zeigen nämlich, dass die Kleinkinder aus den affektiven Zeichen, die die Eltern im Kontext von gemeinsam beobachteten Objekten benutzen, Informationen über die Qualität des Objektes beziehen. Lächelt die Mutter, wird das Kind eher über eine Glasplatte krabbeln, als wenn sie ängstlich schaut (Klunnert et al., 1986). In den folgenden Abbildungen sind einige Affektausdrücke von Kleinkindern aus einem Buch von Herzka (1979) über das Gesicht des Kleinkindes zu sehen. Wir wissen in der Zwischenzeit, dass die Kontexte solcher Affektausdrücke im Wesentlichen ebenfalls relativ spezifisch sind (Ekman und Davidson, 1994).

Spontane Ausdrucksbewegungen von Kindern (Herzka 1979) Die Aufnahmen zeigen wie die spontane Mimik an bestimmte Gemütszustände des Erwachsenen erinnert. So könnte man in Bild 11 von einem nachdenklichenvergrämen Gesichtsausdruck reden, in Bild 12 scheint das Kind noch im Schlaf gequält und in 13 sieht es ängstlich aus.

### Zusammenfassung der Vermutungen über wesentliche Determinanten psychischer Erkrankungen

Wir hatten angenommen, dass es für die Erforschung der Ätiopathogenese seelischer Störungen im Sinne des Wiederholungszwanges von Interesse sein könnte, ob die unwillkürliche Wirksamkeit dieser Affektausdruckssysteme im Erwachsenenalter erhalten bleibt. Dies kann man wie oben erwähnt als gesichert betrachten. Gemeinsames intrapsychisches Korrelat der Abwärtsregulierung scheint die ge-



Abbildung: 11



Abbildung: 12



Abbildung: 13

Abbildungen 11-13:  
Häufigkeit der Affektinduktion in den  
Altergruppen II-16 und 18-24 Woche

ring ausgebaute Fähigkeit zur Mentalisierung zu sein (Schulz, 2000). Damit sei die Fähigkeit gemeint, sich und anderen eine eigenständige psychische Welt zuzugestehen. Die Personen können von der eigenen affektiven Welt nicht Abstand nehmen und dezentrieren oder die Perspektive des anderen übernehmen. Klinisch-diagnostisch handelt es sich um ein Strukturmerkmal. Personen mit einem mäßigen Strukturniveau können einerseits nicht gut mentalisieren und zeigen andererseits keine Mikroaffekte. Niedrig strukturierte Personen (Rudolf et al., 1998), die keine Phantasiesysteme als Puffer zwischen der Außenwelt und der Reaktion ausgebaut haben, neigen zum Verzicht auf Affekte, weil sie direkt ins Agieren bzw. die Interaktion führen und damit sehr gefährlich werden können (Schulz, 2000). Unserer Sicht nach ist der Verzicht auf den Ausdruck eine unbewusste Abwehrformation, die die Gefährlichkeit der interaktiven Affekte zu verringern sucht. Beim Zusammenbruch derselben, beispielsweise in psychotischen Schüben ohne Medikation sowie bei agierenden Borderline-Patienten, finden wir wieder sehr viele interaktive Affekte, aber von hoher Gleichförmigkeit und Negativität. Meist handelt es sich um Ekel. Manche Patienten wechseln auf der Zeitachse zwischen Freude und Ekel. Die zeitlich hintereinander auftauchenden Affektzeichen erscheinen wenn nicht dissoziiert, dann wenigstens kaum integriert (Benecke und Krause, 2003).

### Neudefinition des psychotherapeutischen Prozesses

Vor diesem Hintergrund taucht die Frage auf, ob die hohe Stabilität psychischer Störungen nicht damit zusammenhängt, dass es den psychisch Kranken unbewusst gelingt, die durchschnittsempathischen Mitmenschen in eben diese Zirkel hineinzuziehen und dadurch ihre innere und äußere Welt zu perpetuieren. Wozu das alles gut sein soll, wird noch untersucht. Die nächstliegende Hypothese ist die einer Testfunktion des so genannten Wiederholungszwanges. Die durch schwer wiegende seelische Erfahrungen geprägten oder traumatisierten Menschen versuchen unbewusst auszuloten,

ob die gegenwärtigen Handlungspartner sich ebenso verhalten wie die schädigenden historischen (Weiss und Sampson, 1986). Die Schwellen für das Bestehen dieses Tests sind so hoch angelegt, dass sie von einem nicht professionell Geschulten nicht bestanden werden können. Der zentrale Widerstand wäre damit der Sicherheitswiderstand. Auch wenn eine Person sehr unter einer pathogenen Situation gelitten hat, kennt sie sich in ihr doch sehr gut aus und hat zumindest sicher überlebt. Durch die unbewusste Verwandlung aller Situationen in diese "Ursituation" hätte der Betroffene immerhin den Vorteil, sich auf vertrautem Grund zu bewegen. Im Übrigen hat er ja die Erfahrung gemacht, dass sich trotz größter Anstrengung alle Situationen ohnehin wieder in diese Ursituation umwandeln. Der Nachweis für die Richtigkeit dieser Theorie liegt nicht vor. Dazu bedarf es Längsschnittstudien.

Davon ausgehend haben wir untersucht, ob der kleinste gemeinsame Nenner von erfolgreichen Therapieprozessen darin liegt, dass gut ausgebildete Psychotherapeuten in der Lage sind, diesem unbewussten Anpassungsprozess gegenzusteuern und neben vielem anderen auf einer Mikroverhaltensebene eine Art unbewusstes instrumentelles Lernen in Gang zu setzen. Das wäre die eigentliche korrektive emotionale Erfahrung, die aber nicht nur kathartisch, sondern eher subliminal ablaufen würde. Im intersubjektiven Feld könnte man das als die Übernahme einer Haltungs- oder Containingfunktion beschreiben, die die destruktiven mikroaffektiven Prozesse in neutrale bzw. sogar positive verwandeln, indem sie an eine kognitive mentale Struktur gebunden werden.

In der Abbildung 14 ist die Konstitution des intersubjektiven Feldes - so wie wir dies sehen - dargestellt. Wir glauben, dass auch bei Gesunden alle dort abgebildeten Prozesse fortlaufend aktiviert sind und je nach Situation, Partner und aktivierten Wünschen jeweils verändert werden. Wir dürfen bei ihnen also keine feste Zuordnung zwischen den verschiedenen Zeichen und Repräsentanzen erwarten. So ist der Zusammenhang zwischen eigenem Zeichen und Selbstrepräsentanz emotionaler Art häufig niedriger als der zwischen fremden Zeichen und eigenem Erleben, was in vielen Situationen eine Priorität des Sozialen bedeutet.

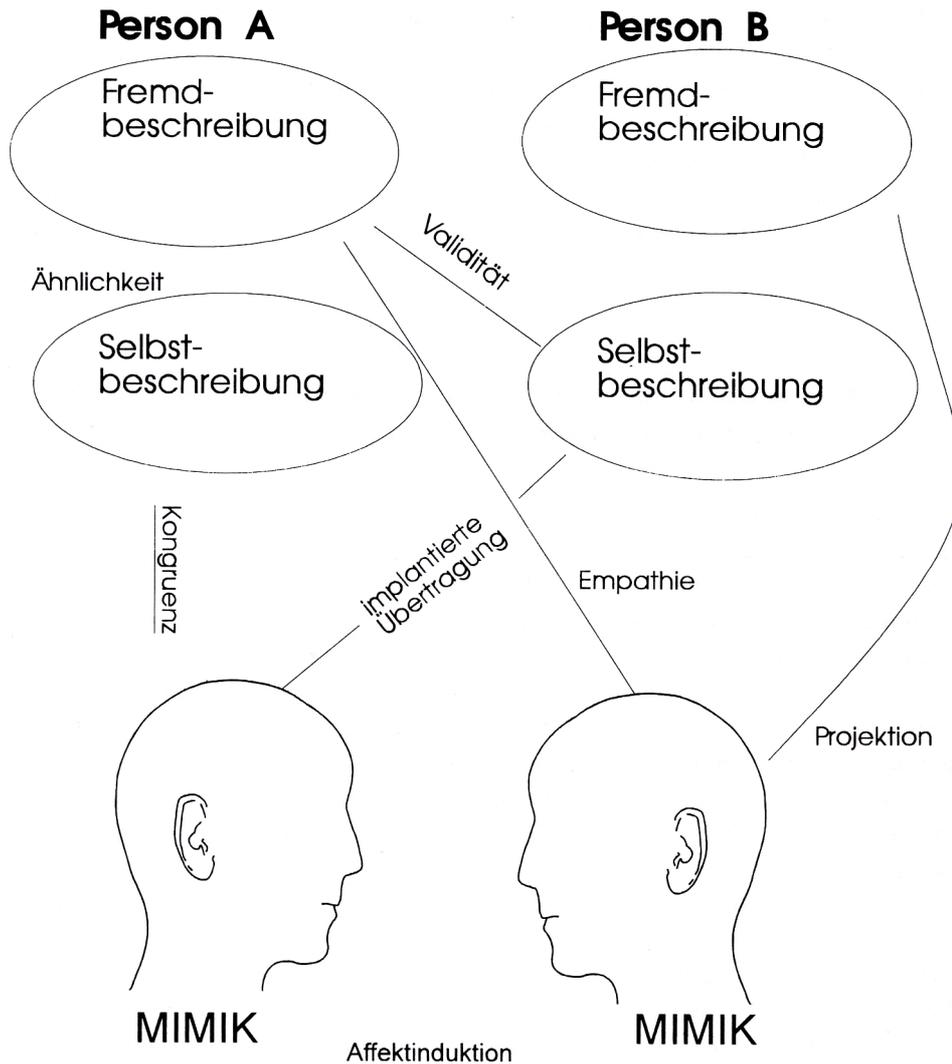


Abb.14: Konstitution des intersubjektiven Feldes. Mögliche Zusammenhänge zwischen Mimik und Repräsentationen in der Dyade

Bei psychisch Kranken gehen wir davon aus, dass es jeweils nur einen kaum modifizierbaren Algorithmus gibt, in den der Partner hineingezwungen wird. Die Funktionsweise projektiv identifikatorischer Prozesse bei Dyaden von an Schizophrenie Erkrankten konnte Merten (1996) darstellen.

Merten (2001) hat die von uns gesammelten 119 Sitzungen von Kurzpsychotherapien sehr erfahrener, psychodynamisch, kognitiv verhaltenstherapeutischer bzw. humanistisch orientierter Therapeuten in Bezug auf diese Fragestellung untersucht. Benecke und Krause (2004) haben zusätzlich 20 40-stündige Behandlungen von Patienten mit Panikattacken ausgewertet. Mit diesen Daten sind wir zum ersten Mal in der Lage, die affektiven Muster von gesunden Laien, Patienten und Therapeuten zu vergleichen

Die psychisch gesunden Versuchspersonen zeigen wie zu erwarten viel mehr positive, jedoch auch negative Affekte als die Patienten, die aber noch immer sehr viel mehr haben als die Therapeuten. Dieses Ergebnis zeigt sich unabhängig von

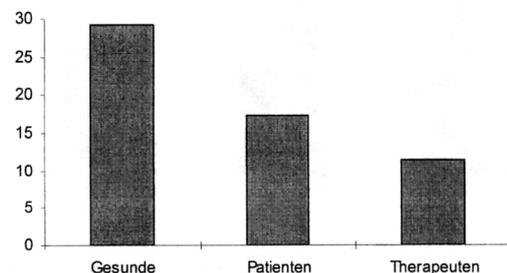


Abb. 15: Affektive Abstinenz in verschiedenen Settings und Personen

der theoretischen Orientierung. Dies ist teilweise eine Folge der geringen Sprechaktivität aller Therapeuten, die ja in diesem Bereich abstinenter sind. Allerdings erklärt dies nur einen kleinen Teil der Ergebnisse. Zudem ist die Abstinenz hochselektiv. Beispielsweise fanden sich bei Gesunden im Alltag ungemein viel Verachtung, bei weitem mehr als bei den meisten Patienten, aber die Therapeuten sind in dieser Hinsicht noch abstinenter. Um die Resultate zu erklären, greife ich ein Störungsbild heraus, das wir in letzter Zeit sehr genau unter-

Freude	31
Verachtung	11
Ekel	9
Ärger	3
Trauer	2
Überraschung	0
Angst	0

Tabelle 1: Verteilung der Mimikwerte in der ersten Therapiestunde von 20 Panikpatientinnen

sucht haben. Viele Patientinnen mit Panikattacken haben durchgehend ein sehr intensives Freudepattern im nonverbalen Verhalten, wie man aus Tabelle 1 sehen kann.

Wir haben immer vermutet und nun für eine Untergruppe der Patientinnen bestätigt bekommen, dass sowohl die Angst als auch dieses merkwürdige Muster Folge der Bindungsstörung ist. Dies entspricht ebenfalls unserem heutigen Wissen, nach dem die Panikerkrankung Folge einer Bindungsstörung ist. Das intensive Freudepattern ist einer der unbewussten zentralen Versuche der Patientinnen, den Bindungspartner dazu zu bringen, sie nicht zu verlassen, wenn sie auch nur geringste Merkmale von Autonomiewünschen in sich spüren. Die neueren Arbeiten zur affektiven Neuropsychologie von Pankseep (1998) haben dies sehr deutlich gemacht. Freilich ist dieses unbewusste Verhalten wenig geeignet, die so dringlich notwendige und gewünschte Selbstständigkeit zu garantieren, so dass die Störung Folge eines Bindungs-Autonomiekonfliktes ist. Dementsprechend scheitern auch die Behandlungen, in denen die Therapeuten sich in dieses Bindungssystem hineinziehen lassen. Wie dies konkret aussieht, kann man der Abbildung 16 entnehmen.

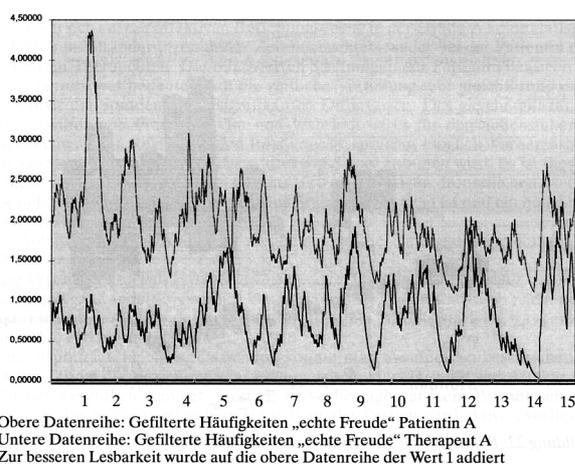


Abbildung 16: Unbewusste Feinsynchronisierung der mimischen Freude von Therapeut und Patientin bei einer Angstbehandlung.

In der Abbildung kann man die summierte Häufigkeit aller Freudeinnervationen (Zygomatischer major plus Augenringmuskel) pro Minute im Verlauf über 15 Behandlungsstunden sehen. Es ist unschwer zu erkennen, dass der Therapeut zusehends unter die Regie dieses Musters gerät. Was im Alltag Indikativ für eine herzliche, nette Beziehung sein mag, erweist sich hier als eine Abwärtsspirale. Die Behandlung läuft schlecht, der Therapeut bemerkt die fehlende Aggression, kann aber nichts dagegen machen (Krause, 1997). Der Zustand der Patientin verschlechtert sich. Dieses Ergebnis kann man verallgemeinern. Reziproke Freudepattern zwischen Patient und Therapeut sind ein schlechter Prädiktor. Diese Ausdrucks-konfigurationen erlauben wohlgerne keine Rückschlüsse auf das eigene innere Erleben des Patienten. Sie sind Appellativ, nicht Indikativ. Über die Freude hinaus sind Reziprozitäten des Mikroaffektausdrucksverhaltens eher ungünstig. In Tabelle 2 findet man das Ergebnis einer methodisch außerordentlich einfallreichen und präzisen Kausalanalyse solcher Mikromuster durch Merten (2001). Sie erlaubt es im dyadischen Verhaltensstrom vor allem der Mimik, all diejenigen Ereignisse herauszugreifen, die zeitlich in Verbindung stehen. Die negative Korrelation mit dem Behandlungserfolg ist beeindruckend.

Die Anzahl solcher Muster – übrigens unabhängig davon, wer sie initiiert - korreliert negativ mit dem Erfolgsmaß, d.h., je stärker diese mikroanalytische unbewusste affektive Abstinenz durchbrochen wird, desto geringer ist der Erfolg. Solche affektiven Muster können in reziproke und komplementäre unterteilt werden, dergestalt dass Therapeut und Patient reziprok behavioral im gleichen emotionalen Ausdruckssystem agieren. In komplementären Mustern agiert der Therapeut bereits in der ersten Stunde unbewusst in einem antagonistischen Affektbereich. Diese Muster sind zu .62 mit positiven Ergebnissen korreliert.

Will man solche Prozesse theoretisch-klinisch reflektieren, empfiehlt sich am ehesten das Konzept des Gegenwartsunbewussten von Sandler und Sandler (1984). In ihm tritt das dynamische lebensgeschichtliche Unbewusste im Hier und Jetzt in Aktion, allerdings gut versteckt hinter einer weiteren Zensur. So sind die erlebten Gefühle der auf die affektiven Zeichen verzichtenden Kranken oft sehr intensiv (so bei den an Schizophrenie Erkrankten), oder es kommt zu sehr intensiven physiologischen Hypertrophien affektiven Reaktionen, die sich weder in der Interaktion noch in der Kognition abbilden (Traue und Pennebaker, 1993). Gleichwohl sind Konfrontationen oder Deutungen, die gewissermaßen die anderen Teile des affektiven Prozesses hinzuzufügen suchen, nur in den Fällen indiziert, in denen eine innere Welt vorausgesetzt werden kann, der die Affekte angeheftet werden können. Ist dies nicht gegeben, kommt es zu einer Aggravation der Probleme. Die Schizophreniekranken müssen entweder die Beziehung abbrechen oder kämpfen, die psychosomatischen Patienten reagieren mit einer Steigerung der körperlichen Korrelate der Emotion.

Implikationen für die Behandlung und die Ausbildung haben wir noch nicht gänzlich durchdacht. Auf der einen Seite haben wir eine Taxonomie des Scheiterns von Therapeuten entwickelt, die sich wie folgt liest:

	Erfolgseinschätzung durch Therapeut	Erfolgseinschätzung durch Patient	Erfolgseinschätzung durch Beide
Anzahl aller dyadischen Muster über 15 Behandlungsstunden	-.57*	-.81*	-.75*

Tabelle 2: Therapieerfolg und unbewusste Synchronisierung des Gegenwärtunbewussten

1. Am untersten Ende finden wir Therapeuten, die die affektiven unbewussten Beziehungsangebote überhaupt nicht wahrnehmen können. Nicht aus Gründen der Abwehr, sondern wegen einer mehr oder weniger habituellen affektiven Blindheit. Das trifft man bei weitem häufiger, als man denkt. Wir trainieren immer wieder Personen in der Auswertung von Affekten und finden manchmal solche, die keine reliablen und validen Urteile über die Affekte anderer erstellen können, weil sie schon das muskuläre Muster nicht erkennen. Das entspräche der Position eines unempathischen Laien oder der mancher Patienten, z.B. mancher psychosomatischen oder antisozialen Persönlichkeit. Offensichtlich ist ein hoher Varianzanteil dieser affektiven empathischen Wahrnehmungsreaktion erblich (Zahn-Waxler et al., 1992). Solche Fälle sollten unter den gut Ausgebildeten eher selten anzutreffen sein.
2. Der Therapeut nimmt die affektiven Beziehungsangebote innerlich wahr und reagiert wie ein empathischer Laie auf sie, d.h., er verhält sich den Angeboten des Patienten auf der Verhaltensebene und auch innerlich reziprok. Er findet dieses Verhalten angemessen. Das ist im Allgemeinen der Typus des Gurus, der ganz offen den unbewussten Beziehungsangeboten ichtsynton folgt und die Neuauflage der Traumata des Patienten dann als kurativ erklärt, wenn sie durch ihn geschehen. Paradigmatisch wäre er der Therapeut, der den Missbrauch einer Patientin als heilsam empfindet. In unserer Behandlungsstichprobe hatten von 10 Frauen, die Vorbehandlungen erfahren hatten, immerhin 3 sexuelle Erfahrungen im therapeutischen Kontext berichtet: eine durch einen somatisch behandelnden Arzt, die beiden anderen durch Psychotherapeuten. Vom ersten Typ unterscheidet sich diese Gruppe immerhin dadurch, dass sie die Beziehungsangebote erkennt. Damit endet allerdings auch schon der "therapeutische" Akt. Die Begründungen für das Eingehen auf die Beziehungsangebote können natürlich alle Abwehrformen enthalten und intellektuell sehr aufwendig sein.
3. Der Therapeut nimmt die affektiven Beziehungsangebote innerlich wahr und reagiert wie ein empathischer Laie auf sie, d.h., er verhält sich den Angeboten des Patienten auf der Verhaltensebene entsprechend reziprok, findet das aber im Prinzip unangemessen, kann sich jedoch nicht dagegen wehren. Das ist die häufigste Form des Scheiterns unter gut ausgebildeten Therapeuten. Hier finden wir im Allgemeinen eine Dissoziation zwischen dem inneren Erleben und der affektiven Inszenierung. Der Therapeut reklamiert die fehlende Aggression und ärgert sich über die lächelnde Maske, ist aber selbst fortlaufend dabei, das

Lachen der Patientin operant zu verstärken, und findet schließlich eine rechtfertigende Diagnose (ichschwach), was ein Absinken auf die Stufe 2 bedeutet.

Da sich das eigene interaktive Verhalten weitgehend der Kenntnis entzieht, kann es sehr wohl sein, dass ein Therapeut kräftig am Agieren seiner Gegenübertragung ist, ohne das Geringste davon zu merken und ohne es in der Supervision zu berichten.

4. Der Therapeut nimmt die Beziehungsangebote wahr, kann sie innerlich als fremdinduzierte Gefühle wahrnehmen und sie in sich aufbewahren, um dann eine ganz andere Antwort als die erzwungene zu geben; das Andersartige bezieht sich einmal auf den affektiven Dialog auf der Verhaltensebene und andererseits auf die sprachlichen Interventionen, wobei der Erstere die Priorität hat. Es sieht so aus, als „zeige“ der Therapeut diejenigen Affekte, die dem Patienten in den erzählten Episoden fehlten und wohl auch durch seine Geschichte abhanden gekommen sind. Das Verstehen wäre solchermaßen an das Wiedererleben der fehlenden Affekte zuerst beim Therapeuten gebunden. Erst auf diesem Niveau beginnt die bewusste Kunst der Behandlungstechnik, sei sie nun psychodynamisch oder verhaltenstherapeutisch.

In Bezug auf positive Behandlungsempfehlungen und Techniken hat der Autor eine Liste von komplementären inneren affektiven Reaktionen auf die gezeigten Mikroleitaffecte der Patienten entwickelt (Krause, 2002), und zwar für Ekel, Verachtung, Wut, Trauer, Angst und Freude.

## Literatur

- Benoit, D. Parker, K.C.H. (1994) Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65, 1444-1456.
- Benecke C., Merten J. & Krause R. (2001). Über die Bedeutung des intersubjektiven Feldes in der Psychotherapie. *Psychotherapie*, 6, 73 - 80
- Bencke, C. & Krause, R. (2004) Affektdynamiken bei Panikerkrankungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Erscheint in Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie*
- Bibring, E. (1943) The conception of the repetition compulsion, *Psychoanalytic Quarterly*, XII, 486-519.
- Birdwhistell, R.L. (1971). *Kinesics and context: essays on body-motion communication*. London: Penguin Press.
- Bühler, K. (1934) *Sprachtheorie: Die Darstellungsfunktion der Sprache*. Stuttgart: Fischer 2. unver. Aufl. 1982)
- Darwin, Ch. (1872) *Der Ausdruck der Gemütsbewegungen bei dem Menschen und den Tieren*. Eichborn. Frankfurt 2000
- Ekman, P.& Friesen, W. (1986) *FACS. Facial action coding system*. Palo Alto: Consulting Psxchologist Press.

- Ekman, P. (1994) Strong evidence for universals in facial expression. A reply to Russel's mistaken critique. *Psychological Bulletin*, 115, 268-287.
- Ekman, P., Friesen, W.V. & Ellsworth, Ph. (1982). What are the similarities and differences in facial behaviour across cultures. In Ekman, P. (Hrsg.). *Emotion in the human face*. Cambridge: University Press.
- Ekman, P. & Davidson, R.J. (1994). What develops in emotion In Ekman, P (Ed.) *The nature of emotion. Fundamental questions*. Oxford University Press 47-378.
- Endres De Oliveira, G. & Krause, R. (1989). Reagieren Kleinkinder auf affektive mimische Reize affektiv? *Acta paedopsychiatrica*. 52, 26 – 35.
- Frank, J. D. (1997) *Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung- Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien Klett-Cotta Stuttgart 1981*
- Freud, S. (1895) *Entwurf einer Psychologie GW. Nachtragsband . Texte aus den Jahren 1885 – 1938. Frankfurt Fischer 1999. 375 – 488.*
- Frisch, L, Schwab, F. & Krause, R. (1995) Affektives Ausdrucksverhalten gesunder und an Colitis erkrankter männlicher und weiblicher Erwachsener. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 3, 230-238.
- Grawe, K., Donati, R., Bernauer, F.: *Psychotherapie im Wandel - Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe-Verlag, 1994 (2. Auflage).
- Haggard, E., Isaacs K.S. (1966): "Micromomentary facial expressions as indicators of ego mechanisms in psychotherapy," in Louis A. Gottschalk and Arthur H. Auerbach, eds., *Methods of Research in Psychotherapy*. New York: Appleton –Century – Crofts, pp. 154-165.
- Herzka, Heinz, S. (1979). *Gesicht und Sprache des Säuglings*. Basel-Stuttgart: Schwabe & Co. AG.
- Hufnagel, H., Steimer-Krause, E. & Krause, R. (1991) Mimisches Verhalten und Erleben schizophrener Patienten und bei Gesunden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 35, 63 - 70.
- Johnson, M. E., Popp, C., Schacht, T. E., Mellon, J. & Strupp, H. H. (1989) Converging evidence for identification of recurrent relationship themes: Comparison of two methods. *Psychiatry*, 52, 275-288. Klinnert, M., Emde, B., Butterfield, P., & Campos, J. (1986). Social referencing: The infants use of emotional signals from a friendly adult with mother present. *Developmental Psychology*, 22, 427-432.
- Merten, J.: (1996) Affekte und die Regulation nonverbalen, interaktiven Verhaltens (Strukturelle Aspekte des mimisch-affektiven Verhaltens und die Integration von Affekten in Regulationsmodelle. Peter Lang. Bern
- McHough, P.A. (2001). *Reforming psychiatry's DSM*. Psychiatric Research Report. John Hopkins University, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences. <http://www.hopkinsmedicine.org/press/2001/august/McHugh.htm>
- Krause, R. (1981). *Sprache und Affekt*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (1997). *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre. Band 1. Grundlagen* Stuttgart: Kohlhammer.
- Krause, R. (2002) Affekte und Gefühle aus psychoanalytischer Sicht • *Psychotherapie im Dialog*, 3, 120- 127
- Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme method. In: N. Freedman & N. Grand (Eds.) *Communicative structures and psychic structures*. New York: Plenum Press, 367-395.
- Merten, J. (1996). *Affekte und die Regulation nonverbalen interaktiven Verhaltens*. Bern: Peter Lang.
- Merten, J. (1997). Was bedeuten Ärger, Ekel und Verachtungsmimik?. In : Schmauser, C. & Noll T. (Hrsg.) *Körperbewegungen und ihre Bedeutung*. Berlin, Arno Spitz 137 - 155
- Merten, J. (2001). *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster, die therapeutische Beziehung und der therapeutische Erfolg*. Stuttgart Kohlhammer, 2001
- Pankseep, J. (1998). *Affective Neuroscience*: New York: Oxford, University Press.
- Piaget J. (1995) *Intelligenz und Affektivität in der Entwicklung des Kindes*. Frankfurt: Suhrkamp (französische Erstausgabe 1954).
- Rudolf, G., Overbracht, Grande, T C. (1998). Die Struktur-Checkliste. Ein anwenderfreundliches Hilfsmittel für die Strukturdiagnostik nach OPD. In: Schauenburg, H., H.J. Freyberger, M.Cierpka, P.Buchheim (Hrsg.) *OPD in der Praxis. Konzepte, Anwendungen, Ergebnisse der operationalisierten psychodynamischen Diagnostik*. Bern: Huber, 167-184.
- Sandler, J. & Sandler A.M. (1984). *Vergangenheitsunbewusstes, gegenwärtiges Unbewusstes und die Deutung der Übertragung*. *Psyche*, 39, 800-829.
- Saß, H., Wittchen, H.U., & Zaudig, M. (1996) *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV*, Göttingen: Hogrefe.
- Schachter, S. Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psych. Review*, 69, 1962, 379-407
- Scherer, K.R. & Tannenbaum, P.H. (1986). Emotional experiences in every day life; a survey approach, *Motivation and Emotion*, 10, 295-314.
- Schulz, S. (2000): *Affektive Indikatoren struktureller Störungen*. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Universität des Saarlandes. Dissertations Verlag. WWW. Dissertation.de.
- Schwab, F.: (2000) *Affektchoreographien*. Dissertations Verlag. WWW. Dissertation.de
- Traue, H.C. & Pennebaker, J.W. (1993) *Emotional expression and Inhibition in Health Illness*. Göttingen: Hogrefe-Huber.
- Weiss, I., Sampson, H., and the Mt. Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations and empirical research*. NY: Guilford Press.
- Zahn-Waxler, C. Robinson, J. & Emde, R.N. (1992) *The development of empathy in twins*. *Developmental Psychology*, 28, 1038-1047.

**Prof. Dr. Rainer Krause**

Universität des Saarlandes

Gebäude 1 • Im Stadtwald • 66123 Saarbrücken

Tel. 0681-302-3253

Fax 0681-302-4437

E-Mail: [r.krause@mx.uni-saarland.de](mailto:r.krause@mx.uni-saarland.de)