

# Übertragung und Gegenübertragung in Verhaltenstherapie und Psychoanalyse

**Die therapeutische Beziehung umfasst im Wesentlichen 2 Aspekte: die Realisierung der therapeutischen Behandlungstechnik im engeren Sinn und eine unspezifische hilfreiche Grundhaltung. Die therapeutische Interaktion ist einerseits durch die jeweilige therapeutische Methode bestimmt, aber andererseits auch durch die Gestaltung einer „guten“ therapeutischen Interaktion. Diese ist charakterisiert durch spezifische verbale und nonverbale Verhaltensweisen. Während der Fokus der traditionellen Psychotherapieforschung überwiegend auf dem „Austausch von Worten“ lag, rückte in den letzten Jahren die nonverbale Kommunikation vermehrt in den Vordergrund. Um nonverbale Phänomene zu fassen, wurde ein Forschungsansatz entwickelt, der das affektive Regulierungsgeschehen in der psychotherapeutischen Interaktion anhand mimisch-interaktiver Verhaltensweisen wie dem Lächeln oder Lachen von Patient und Therapeut (prototypische affektive Mikrosequenzen, PAM) analysiert und mit dem Therapieerfolg in Beziehung setzt.**

Empirische Psychotherapieforscher unterschiedlicher Ausrichtung sind sich einig, dass die therapeutische Beziehung einen grundlegenden und übergeordneten therapeutischen Wirkfaktor darstellt (Horvath 2005). Wie eine gute therapeutische Beziehung aussieht und welche Bedeutung dieser im therapeutischen Veränderungsprozess zukommt, wird in

den verschiedenen therapeutischen Ansätzen unterschiedlich konzeptualisiert. So bildet die therapeutische Beziehung in der Psychoanalyse das zentrale Medium, in dem sich intrapsychische und interpersonelle Konflikte manifestieren und verändern lassen. In der Verhaltenstherapie kommt der therapeutischen Beziehung eher eine unterstützende Funktion zu, die dabei hilft, problematisches Denken, Fühlen und Verhalten zu verändern. Dennoch wird allgemein anerkannt, dass eine grundlegende Fähigkeit eines Therapeuten darin besteht, sich auf den jeweiligen Patienten einzustellen und zu ihm eine Beziehung herzustellen, die dieser als therapeutisch hilfreich empfindet (Bettighofer 2010). Wenn die Beziehung zum Therapeuten nicht als positive Ressource erlebt werden kann, sind die Erfolgsaussichten schlecht (Grawe u. Grawe-Gerber 1999).

Die Psychoanalyse als therapeutische Behandlungsmethode hat sich immer schon mit der Frage befasst, wie eine hilfreiche Beziehung hergestellt und aufrechterhalten werden kann. Gefasst werden diese Prozesse mit Konzepten wie Arbeitsbündnis, Empathie oder Abstinenz. So schreibt Freud in seinem behandelungstechnischen Aufsatz über die Einleitung einer Behandlung: „Man braucht nichts anderes zu tun als ihm Zeit zu lassen. Wenn man ihm ernstes Interesse bezeugt, ... stellt der Patient ein solches Attachment von selbst her“ (Freud 1913, S. 473). Diese Grundhaltung bildet die sichere Basis, damit unbewusste Konflikte sich aktivieren und in der Beziehung zum Therapeuten verstanden werden können.

## Übertragung und Gegenübertragung in der Psychoanalyse

### Problemlösungsprozesse

Weitere psychoanalytische Kernbegriffe, die die therapeutische Beziehung betreffen, sind „Übertragung“ und „Gegenübertragung“. Diesen Begriffen liegt die Annahme eines sog. Wiederholungszwangs zugrunde. Entsprechend legen Menschen aufgrund problematischer Beziehungserfahrungen „unbemerkt ein Verhalten an den Tag, mit dem sie ihre gegenwärtigen sozialen Interaktionspartner zu bestimmten Phantasien, Verhaltensweisen und Affekten bringen“ (Krause 1982). Diese Verhaltensweisen werden als unbewusster Problemlösungsprozess verstanden, der allerdings nicht erfolgreich ist, da er der Realität eines erwachsenen Menschen nicht entspricht.

Übertragung und Gegenübertragung sind in der psychoanalytischen Theorie und Technik nicht einheitlich definiert, sondern umfassen ein breites Spektrum von Konzepten und Phänomenen. Dies ist u. a. durch die fortlaufenden Entwicklungen dieser Konzepte bedingt. Ältere Konzepte werden aber nicht einfach durch neuere ersetzt, sondern gleichzeitig und unter dem gleichen Begriff verwendet. Diese Begriffsvielfalt erschwert nicht nur die Verständigung unter Analytikern (und damit auch die Ausbildung), sondern hat auch Konsequenzen für die Kon-

Überarbeitete Fassung eines Vortrags bei den Lindauer Psychotherapiewochen 2013.

zeptualisierung und die Handhabung der analytischen Behandlungstechnik.

Gemeinsam ist allen Definitionen des Begriffs, dass in der Übertragung psychische Regungen wie Wünsche, Affekte, Fantasien oder Objektbeziehungsmuster des Analysanden mit dem Analytiker „falsch“ verknüpft werden. „Falsch“ in dem Sinne, als zumindest Anteile dieser Beziehungsgestaltung als ausschließlich von der Persönlichkeit, von der Geschichte des Analysanden abhängig betrachtet werden. Diese werden in der analytischen Situation auf den Analytiker übertragen („abgepaust“). Bei der Entdeckung dieser falschen Verknüpfung durch Freud (1985) wurde angenommen, dass diese Übertragungen reine, unveränderte Wiederholungen alter Muster seien, die durch die aktuelle Realität nicht beeinflusst sind.

### Intersubjektives Geschehen

In neueren Arbeiten rückt die Aktualgenese der Übertragung immer mehr in den Vordergrund. Übertragung wird nicht mehr als starre Wiederholung alter Beziehungsmuster und als Verzerrung der Gegenwart durch diese betrachtet, sondern als „Amalgam“ von Vergangenheit und Gegenwart. Der Einbezug der Seite des Analytikers hat eine neue Konzeptualisierung des analytischen Prozesses als dyadisches, interaktionelles und intersubjektives Geschehen zur Folge. Neuere Versuche, den Übertragungsbegriff als interaktionelles Geschehen zu fassen, sind die Konzepte der Bereitschaft zur Rollenübernahme von Sandler (1976), des Handlungsdialogs von Klüwer (1983) oder der Begriff des „enactment“, der von verschiedenen Autoren behandelt wurde. „Die ‚Psychoanalyse‘ hat sich so während der letzten Jahre zunehmend zu einer ‚Beziehungsanalyse‘ ... entwickelt, in der die Beziehungssituation zwischen Analytiker und Patient sowie die in ihr abgebildeten Konflikte gezielt bearbeitet werden“ (Bettighofer 2010, S. 13). Gemäß dieser aktuellen Sicht existieren keine objektiven Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen den Prozessen, die vom Patienten und vom Therapeuten eingebracht werden, sondern deren Bedeutung wird gegenseitig erarbeitet und ausgehandelt. Dennoch

muss eine Asymmetrie in der Rollenverteilung aufrechterhalten bleiben.

### Therapeutische Beziehung in der Verhaltenstherapie

In der Verhaltenstherapie stand lange der technische Aspekt gegenüber dem Beziehungsaspekt in Vordergrund (Margraf u. Brengelmann 1992). In einem Vergleich mit der Psychoanalyse formulierte Eysenck (1959, S. 67) ganz klar, dass persönliche Beziehungen in der Verhaltenstherapie nicht relevant für den Therapieerfolg seien, auch wenn sie manchmal nützlich sein könnten. Die therapeutische Beziehung wurde traditionell also hauptsächlich instrumentell verwendet, um ein für das Therapieziel erwünschtes Verhalten zu unterstützen. So bezeichnete Krasner (1962) den Therapeuten als „soziale Verstärkungsmaschine“, die dabei hilft, bestimmte Interventionsmethoden erfolgreich anzuwenden.

### Lernfeld

Erst die neuere Psychotherapieforschung, die Zusammenhänge zwischen bestimmten Prozessvariablen wie der Güte der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg (Orlinsky u. Howard 1986) fand, legte eine stärkere Beschäftigung mit der therapeutischen Beziehung in der Verhaltenstherapie nahe. Auch Grawe (1992, S. 220) beklagte die Vernachlässigung der Therapiebeziehung in der Verhaltenstherapie: „Angesichts der empirisch überzeugend nachgewiesenen funktionalen Bedeutung einer guten Psychotherapiebeziehung für den Prozess und das Ergebnis von Therapien sollte man eigentlich annehmen, dass ... die Verhaltenstherapie Konzepte dazu entwickelt hat, wie eine gute Therapiebeziehung aussieht, wie sie hergestellt werden kann und in welcher Beziehung sie zu den sonstigen Tätigkeiten des Therapeuten steht. Überraschenderweise ist das ganz und gar nicht der Fall ... sie führt vielmehr ein ausgesprochenes Schattendasein“. Um diesem Defizit entgegenzuwirken, führten Grawe und Mitarbeiter eine groß angelegte empirische Untersuchung durch, die die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor belegen konnte. Ausgehend

von der Methode der Plananalyse (Grawe u. Caspar 1984; Caspar 1989) plädierte Grawe für das Konzept der komplementären Beziehungsgestaltung: „Das heißt nicht notwendigerweise, dass der Therapeut komplementär oder bestätigend auf das unmittelbar voran gegangene Verhalten des Patienten reagiert. Eine gute Therapiebeziehung ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut dem Patienten möglichst oft Wahrnehmungen im Sinne seiner wichtigsten Beziehungsziele ermöglicht“. Damit wird „die Therapiebeziehung über eine Arbeitsbeziehung hinaus auch als Lernfeld konzipiert, in dem bedeutsame Einsichten über das eigene Beziehungsverhalten gewonnen werden können“ (Ambühl 1992, S. 248).

### Manifestation problematischer Verhaltensweisen

Eine wichtige theoretische und empirische Weiterentwicklung zur Therapiebeziehung, die Einzug in die Verhaltenstherapie gehalten hat, ist die „control mastery theory“ von Weiss (1986). Diese bezieht sich explizit auf psychoanalytische Modellvorstellungen und integriert die Konzepte „Übertragung“ und „Gegenübertragung“. Gemäß dieser Theorie resultieren psychische Störungen aus unbewussten, pathogenen Überzeugungen, die sich aufgrund traumatischer Kindheitserfahrungen entwickelt haben. Patienten kommen mit dem unbewussten Plan in eine Therapie, diese pathogenen Überzeugungen in der Beziehung zum Therapeuten zu überwinden. Empfindet der Patient ausreichend Beziehungssicherheit, werden (blockierte) unbewusste Wünsche und Ziele aktiviert. Der Patient beginnt in Form sogenannter Übertragungstests (Ambühl 1992) zu prüfen, ob die befürchteten negativen Konsequenzen eintreten oder nicht. Besteht der Therapeut den Test, führt dies zu einer korrektiven Erfahrung beim Patienten, was eine Reduktion der pathogenen Überzeugungen bewirkt.

Diese Vorstellungen, die davon ausgehen, dass problematische Verhaltensweisen als Produkt der momentan aktivierten Schemata verstanden werden können (Ambühl 1992), die auch in der psychotherapeutischen Beziehung auf-

treten, sind dem psychoanalytischen Übertragungsbegriff sehr nahe und werden auch durch neuere Konzeptualisierungen in der Verhaltenstherapie aufgegriffen. Wendisch (2000) beispielsweise differenziert sogenannte Prototypen therapeutischer Beziehungen. Aufbauend auf den Ergebnissen der Kommunikationsforschung (Schulz von Thun 1989) beschreibt er verschiedene „typische interaktionelle Teufelskreise und Kommunikationsstile“ (Wendisch 2000, S. 368), die auch in der psychotherapeutischen Interaktion von Bedeutung sind. Ein Beispiel für einen solchen Prototyp bildet der „dependente“ Beziehungsstil. Dieser ist dadurch charakterisiert, dass der Patient seine eigenen Bedürfnisse nur schlecht wahrnehmen kann, gleichzeitig aber ein deutliches Schutzbedürfnis signalisiert. „Lass mich nicht allein“, wäre in diesen Fällen der an den Therapeuten gerichtete Appell, das Gefühl des Ausgelaugtseins die typische provozierte Reaktion. Damit beschreibt Wendisch (2000) zwar zentrale Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten auf bestimmte Beziehungsstile von Patienten. Diese werden aber unabhängig von der Persönlichkeit des Therapeuten als Effekt des Patientenverhaltens konzipiert. Dies steht im Gegensatz zu neueren psychoanalytischen Konzeptualisierungen, die die therapeutische Beziehung als dyadisches (intersubjektives) Geschehen betrachten, zu dem nicht nur der Patient, sondern auch der Therapeut beiträgt (z. B. Mitchell 2005).

## Mikroanalyse interaktiver Beziehungsmuster

Die therapeutische Beziehung umfasst im Wesentlichen 2 Aspekte, nämlich die Realisierung der therapeutischen Behandlungstechnik im engeren Sinn und eine unspezifische hilfreiche Grundhaltung. Die therapeutische Interaktion ist einerseits durch die jeweilige therapeutische Methode bestimmt, aber andererseits auch durch die Gestaltung einer „guten“ therapeutischen Interaktion. Diese ist charakterisiert durch spezifische verbale und nonverbale Verhaltensweisen. Während der Fokus der traditionellen Psychotherapieforschung überwiegend auf dem „Austausch von Worten“ lag (Streeck

Psychotherapeut 2014 · [jvn]:[afp]–[alp] DOI 10.1007/s00278-014-1047-3  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Eva Bänninger-Huber

## Übertragung und Gegenübertragung in Verhaltenstherapie und Psychoanalyse

### Zusammenfassung

Die therapeutische Beziehung wird von Psychotherapieforschern unterschiedlicher Ausrichtung als grundlegender und übergeordneter Wirkfaktor anerkannt. Die psychoanalytischen Konzepte „Übertragung“ und „Gegenübertragung“, die wesentliche Aspekte der therapeutischen Beziehung fassbar machen, haben mittlerweile auch Eingang in die Verhaltenstherapie gefunden. Da diese Konzepte aber sowohl in der Psychoanalyse als auch in der Verhaltenstherapie unterschiedlich verwendet werden und sich auf unterschiedliche Phänomene beziehen, ist die Verständigung zwischen Psychotherapeuten verschiedener therapeutischer Ausrichtungen erschwert.

Es wird deshalb postuliert, die verbalen und nonverbalen Prozesse der Beziehungsregulierung, die für die Gestaltung einer hilfreichen psychotherapeutischen Interaktion bedeutsam sind, schulunenabhängig zu erforschen und deren Wirksamkeit zu bewerten. Damit könnte die Integrationskultur in der Psychotherapie gestärkt werden.

### Schlüsselwörter

Therapeut-Patient-Beziehung · Psychotherapeutische Prozesse · Nonverbale Kommunikation · Konflikt · Affekt

## Transference and countertransference in behavior therapy and psychoanalysis

### Abstract

Most psychotherapists and researchers agree that a good relationship essentially contributes to therapeutic change. The psychoanalytic concepts transference and countertransference which describe fundamental aspects of the psychotherapeutic relationship have now become integrated into behavior therapy. These concepts, however, are used differently in psychoanalysis as well as in behavior therapy. This makes the communication between psychotherapists coming from different orientations difficult. Therefore, a research approach which describes the im-

portant verbal and nonverbal elements of a helpful therapeutic interaction independently from therapeutic orientation could help to evaluate their effectiveness in different psychotherapeutic methods. In this way a culture of integration into psychotherapy could be encouraged.

### Keywords




Professional patient relationship · Psychotherapeutic processes · Nonverbal communication · Conflict · Affect

2009, S. 7), rückte in den letzten Jahren die nonverbale Kommunikation vermehrt in den Vordergrund. Um diese Phänomene zu fassen, wurde ein Forschungsansatz entwickelt, der das affektive Regulierungsgeschehen in der psychotherapeutischen Interaktion anhand mimisch-interaktiver Verhaltensweisen wie dem Lächeln oder Lachen von Patient und Therapeut analysiert und versucht, mit dem Therapieerfolg in Beziehung zu setzen. Psychotherapien werden auf Video aufgezeichnet und die Mimik wird mit dem „Facial Action Coding System“ (FACS; Ekman et al. 2002) objektiv erfasst. Das FACS basiert auf anatomischen Beschreibungen der Gesichtsmuskulatur. Diffe-

renziert werden 33 Beobachtungseinheiten, „action units“ (AU).

## Affektregulierungsstörungen

Theoretisch geht dieser Ansatz von der Annahme aus, dass psychische Störungen als Störungen der Affektregulierung verstanden werden können. Entsprechend gründet die Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes auf dem Erleben spezifischer Beziehungsmuster, die mit der Zeit verinnerlicht werden. Im Erwachsenenalter manifestieren sich diese als für eine Person typische, sich wiederholende Muster, die durch spezifische verbale und nonverbale Verhaltensweisen charakterisiert sind. Zu diesen gehören auch spezifische

Time	Init	Störung in Affektregulierung - verbal oder nonverbal	Verbale oder nonverbale Bemerkung - Gesprächspause	Blick	Lach-/Lächelangebot	Reaktion
00:57	Pat	Nonverbal - Pressen (14+17+23)	„...das ist schwierig“	Hin	"felt"	Plus PAM Verbal: „ja“ Nonverbal: 6+12
						

**Abb. 1** ◀ Gelingende prototypische affektive Mikrosequenz

41:58	Pat	AU 16; Kopfschütteln	„nein... das war die einzige Frage“	Hin	Maskiert/ "dampened" 6+7+12+14+15	Minus PAM Keine nonverbale Reaktion Verbal: „mhm“
						

**Abb. 2** ◀ Nichtgelingende prototypische affektive Mikrosequenz

Affektregulierungsrepertoires auf einer Mikroebene des interaktiven Verhaltens (Bänninger-Huber et al. 1990). Die für eine Person typische Form der Affektregulierung geht als Beziehungsangebot in sämtliche Beziehungen ein. Das heißt, eine Person evoziert durch ihre interaktiven Strategien gleichzeitig beim Interaktionspartner spezifische Emotionen, Fantasien und Handlungstendenzen. In einer psychoanalytischen Terminologie wird dies als Übertragungsangebot bezeichnet. Dieses Beziehungsangebot wird zumindest zu einem gewissen Teil vom Partner aufgenommen und ermöglicht es der Person, ihre typische Form der Affektregulierung aufrechtzuerhalten. Die Affektregulierungsrepertoires einer Dyade greifen ineinander. Dieses Zusammenspiel zeigt besonders deutlich bei den sog. prototypischen affektiven Mikrosequenzen (PAM), die ein Produkt der Beziehungsregulie-

rung der beiden an der Interaktion beteiligten Personen sind. Diese dienen dazu, Störungen der Affektregulierung mithilfe des Interaktionspartners auszuregulieren.

### Phänomenologie und Funktion prototypischer affektiver Mikrosequenzen

Prototypische affektive Mikrosequenzen treten auf, wenn durch die Besprechung eines schwierigen Themas die Reaktivierung eines intrapsychischen Konflikts droht. Sie sind charakterisiert durch Lächeln und Lachen. Beide Phänomene sind ansteckend und erhöhen die affektive Beziehung und damit die Bindungssicherheit zwischen 2 Personen.

Gemäß psychoanalytischer Auffassung ist es die Aufgabe des Therapeuten, 2 verschiedene Anforderungen aufrechtzuerhalten. Einerseits hat er die Aufgabe,

ein verlässliches Arbeitsbündnis zu schaffen, das dem Patienten ein grundlegendes Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens gibt. Diese Sicherheit ermöglicht es ihm, sein Erleben und Verhalten zu erforschen sowie die Interventionen des Therapeuten zu verstehen und anzunehmen. Auf der anderen Seite muss der Therapeut ein Mindestmaß an Konfliktspeicherung aufrechterhalten (z. B. indem er interaktive Rollenangebote des Patienten nicht wiederholt übernimmt). Die Aufrechterhaltung dieser Spannung ist eine Voraussetzung dafür, dass die intrapsychischen Konflikte des Patienten erkannt und bearbeitet werden können. Prototypische affektive Mikrosequenzen spielen bei der Aufrechterhaltung dieser Balance eine wichtige Rolle. Entsprechend der Reaktion des Gegenübers können verschiedene PAM-Typen differenziert werden. In gelingenden PAM erwidert der Therapeut das Lächeln



oder Lachen des Patienten. Die folgende gelingende PAM stammt aus einem Interview der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD), das im Rahmen der Produktion eines Lehrfilms über Gesprächsführung durchgeführt worden ist (■ **Abb. 1**). Die Interviewerin fragt die Patientin nach der Beziehung zu ihrem Partner: „Wie erleben Sie die Beziehung, und was für ein Mensch ist er, was charakterisiert ihn als Menschen?“ Diese Frage führt zu einer Störung in der Affektregulierung der Patientin, die durch eine bestimmte Form des Zusammenpressens des Mundes ausgedrückt wird. Die Patientin sagt: „Das ist schwierig.“, beginnt intensiv zu lächeln und wendet den Blick zur Therapeutin. Diese antwortet mit „ja“ und erwidert ihr Lächeln. Dadurch entsteht ein Zustand positiver affektiver Resonanz, die die Bindungssicherheit erhöht und dabei hilft, die negativen Affekte zu regulieren. Die gelingende PAM ermöglicht es der Patientin, das schwierige Thema anzugehen und die Frage nach der Beziehung zum Partner zu beantworten.

In nichtgelingenden PAM erwidert der Therapeut das Lächeln oder Lachen der Patientin nicht, wie dies die Sequenz in ■ **Abb. 2** gegen Ende des OPD-Interviews zeigt. Die Interviewerin fasst die Problematik der Patientin zusammen und stellt fest: „Es braucht eine Hilfestellung. Gibt es jetzt noch eine Frage?“ Auch hier werden Anzeichen für eine Störung in der Affektregulierung der Patientin beobachtbar (AU 16, Kopfschütteln). Die Patientin erwidert in einem leicht ironischen Tonfall: „Nein, das war die einzige Frage.“ und zeigt ein maskierendes Lächeln, das neben dem Lächelausdruck Indikatoren negativer Emotionen enthält. Die Therapeutin geht auf das Beziehungsangebot der Patientin nicht ein und erwidert das Lächeln nicht. Damit signalisiert die Interviewerin, dass die Situation ernst (und nicht zum Lächeln) ist und die Patientin therapeutische Hilfe benötigen würde. Die Patientin reagiert entsprechend und sagt: „Ich werde darüber nachdenken.“

Verschiedene eigene Studien (z. B. Bänninger-Huber 2005) haben gezeigt, dass gelingende PAM eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung einer stabilen Arbeitsbeziehung spielen. So werden produktive Sequenzen häufig durch

gelingende PAM eingeleitet, die den Patienten die notwendige Beziehungssicherheit geben, um sich mit schwierigen Themen auseinanderzusetzen. Dennoch sind auch nichtgelingende PAM wichtig für den therapeutischen Prozess, um die notwendige Konfliktspannung aufrechtzuerhalten. Entsprechend treten in produktiven Sequenzen gelingende PAM nur dann auf, wenn Patient und Therapeut nicht über das konflikthafte Thema sprechen. Prototypische affektive Mikrosequenzen werden deutlich häufiger von den Patienten initiiert, aber auch die Therapeuten initiieren manchmal PAM. Diese treten hauptsächlich in Situationen auf, in denen die Therapeuten spüren, dass die konflikthafte Spannung für die Patientin zu groß wird. Durch die Therapeuten initiierte PAM können aber auch eine selbstregulierende Funktion erfüllen, z. B. wenn diese mit Themen konfrontiert werden, die sie selber nur schwer aushalten.

Die Analyse auf der Ebene der PAM zeigt, dass die therapeutische Interaktion einen Prozess der wechselseitigen Abstimmung, aber auch der Selbstregulierung auf beiden Seiten darstellt. Bei der therapeutischen Beziehung handelt es sich also um einen intersubjektiven, wechselseitigen Prozess, bei dem die affektiven Regulierungen von Patientin und Therapeut ineinandergreifen. Gerade die Mikroanalyse nonverbaler Verhaltensweisen, die meist automatisch und unbewusst ablaufen, hilft diese wechselseitige Beschaffenheit der therapeutischen Interaktion besser zu begreifen, „weil Patienten und Psychotherapeuten im Gespräch miteinander auf solche feinen Details ihres Verhaltens reagieren und sich mit Mitteln merklich beeinflussen, die bloßem Auge häufig kaum wahrnehmbar sind“ (Streeck 2009, S. 37).

## Fazit für die Praxis

- Die aus der Psychoanalyse stammenden Konzepte „Übertragung“ und „Gegenübertragung“ haben in die Verhaltenstherapie Eingang gefunden. Diese werden aber sowohl innerhalb der Psychoanalyse und der Verhaltenstherapie als auch zwischen den beiden therapeutischen Ausrichtungen unterschiedlich verwendet.

- Der entwickelte Forschungsansatz ermöglicht es, diese oft auch unbewusst ablaufenden Prozesse auf einer Mikroebene des nonverbalen Verhaltens zu konkretisieren. Dies kann dabei helfen, die in den verschiedenen therapeutischen Ansätzen auftretenden Phänomene zu vergleichen und im Hinblick auf ihre Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung sowie Wirksamkeit zu bewerten.
- Eine schulunenabhängige Beschreibung von therapeutischen Interaktionsabläufen ist nicht zuletzt für die Verständigung zwischen Psychotherapeuten unterschiedlicher Ausrichtung von Bedeutung und stellt eine Brücke zwischen schulenspezifischen Konzepten dar. Die Integrationskultur in der Psychotherapie könnte damit gestärkt werden.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Eva Bänninger-Huber**

Institut für Psychologie, Universität Innsbruck  
Innrain 52, 6020 Innsbruck  
Österreich  
eva.baenninger-huber@uibk.ac.at

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Eva Bänninger-Huber gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Der Beitrag enthält keine Studien an Menschen oder Tieren.

## Literatur

- Ambühl H (1992) Therapeutische Beziehungsgestaltung unter dem Gesichtspunkt der Konfliktodynamik. In: Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie. Röttger, München, S 245–264
- Bänninger-Huber E (2005) Mimische Signale, Affektregulierung und Psychotherapie. In: Geißler P (Hrsg) Nonverbale Interaktion in der Psychotherapie. Forschung und Relevanz im therapeutischen Prozess. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 51–64
- Bänninger-Huber E, Moser U, Steiner F (1990) Mikroanalytische Untersuchung affektiver Regulierungsprozesse in Paar-Interaktionen. Z Klin Psychol 2:123–143
- Bettighofer S (2010) Übertragung und Gegenübertragung im therapeutischen Prozess, 4. überarb. erweitert Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Caspar F (1989) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die Psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
- Ekman P, Friesen W, Hager J (2002) Facial Action Coding System. The manual on CD Rom. Network Information Research Corporation, Salt Lake City

- Eysenck HJ (1959) Learning theory and behavior therapy. *J Ment Sci* 105:61–75
- Freud S (1913) Zur Einleitung und Behandlung. *Gesammelte Werke*, Bd 8, Fischer, Frankfurt a. M., S 453–478
- Freud S (1985) Studien über Hysterie. *GW*, Bd 1, S 75–312
- Grawe K (1992) Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Therapiebeziehung. In: Margraf J, Brengelmann CJ (Hrsg) *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. Röttger, München, S 215–244
- Grawe K, Caspar F (1984). Die Plananalyse als Konzept und Instrument für die Psychotherapieforschung. In: Baumann U (Hrsg) *Psychotherapieforschung. Makro- und Mikroperspektiven*. Hogrefe, Göttingen, S 177–197
- Grawe K, Grawe-Gerber M (1999) Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 2:63–73
- Horvath AO (2005) The therapeutic relationship: research and theory. An introduction to the special issue. *Psychother Res* 15:3–7
- Klüwer R (1983) Agieren und Mitagieren. In: Hoffmann SO (Hrsg) *Deutung und Beziehung*. Fischer, Frankfurt a. M., S 132–145
- Krasner L (1962) The therapist as a social reinforcement machine. In: Strupp H, Luborsky L (Hrsg) *Research in psychotherapy*, Bd 2. American Psychological Association, Washington, S 61–94
- Krause R (1982) Psychoanalyse. In: Bastine R, Fiedler PA, Grawe K et al (Hrsg) *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Edition Psychologie, Weinheim, S 280–286
- Margraf J, Brengelmann JC (Hrsg) (1992) *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie*. Röttger, München
- Mitchell SA (2005) Psychoanalyse als Dialog. Einfluss und Autonomie in der analytischen Beziehung. Psychosozial-Verlag, Gießen
- Orlinsky DE, Howard KI (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3. Aufl. Wiley, New York, S 311–381
- Sandler J (1976) Gegenübertragung und Bereitschaft zur Rollenübernahme. *Psyche – Z Psychoanal* 30:297–307
- Schulz von Thun F (1989) *Miteinander reden 2: Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Streeck U (2009) Gestik und die therapeutische Beziehung. Über nichtsprachliches Verhalten in der Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart
- Weiss J (1986) Part I: theory and clinical observations. In: Weiss J, Sampson H, The Mount Zion Psychotherapy Research Group (Hrsg) *The psychoanalytic process: theory, clinical observation, and empirical research*. Guilford, New York, S 3–138
- Wendisch M (2000) Beziehungsgestaltung als spezifische Intervention auf vier Ebenen. *Verhaltensther Verhaltensmed* 21:359–389