

ergebnis zusammen; Interventionen, denen eine »patient-defensive response« (z. B. Vermeiden von schwierigen Themen) folgte, gingen in Behandlungen mit schlechteren Ergebnissen einher (ähnlich auch bei Hill et al. 1988). Winston et al. (1993) fanden heraus, dass Übertragungsdeutungen, auf die eine emotionale Reaktion des Patienten folgte, mit positivem Behandlungsergebnis assoziiert waren, während Interventionen, denen eine Abwehrreaktion folgte, mit schlechtem Behandlungsergebnis zusammenhingen.

Übereinstimmend und verfahrensübergreifend zeigt sich, dass insbesondere die **Aktivierung negativer, schmerzlicher Emotionen im (mittleren) Behandlungsprozess** mit späterem Behandlungserfolg assoziiert ist (Hunt 1998; Castonguay et al. 1998). Die Veränderung der Emotionen scheint dabei kein linearer Prozess zu sein, was sich auf der Mikroebene widerspiegelt, indem produktive Sequenzen durch »a 2-steps-forward, 1-step-back fashion« auf der moment-by-moment-Ebene charakterisiert wurden. Dies führte aber letztlich zu einer kontinuierlichen Veränderung im emotionalen Bereich und kennzeichnete die erfolgreichen Behandlungen (Pascual-Leone & Greenberg 2007; Pascual-Leone 2009).

Die Aktivierung intensiver negativer Emotionen scheint mit einer Destabilisierung verknüpft zu sein und beides geht u. a. mit stärkerer therapeutischer *Fokussierung auf Entstehungsbedingungen der gegenwärtigen Probleme* einher ebenso aber auch mit verhaltenstherapeutischen *Übungen*. Dies spricht dafür, dass verschiedene technische Zugänge zum veränderungsrelevanten patientenseitigen Pro-

zess möglich sind (Hayes & Strauss 1998). Ähnlich fanden Ablon & Jones (1999), dass sich die patientenseitig mit Behandlungserfolg und -misserfolg assoziierten Prozesse nicht besonders zwischen unterschiedlichen Behandlungsformen unterscheiden, obwohl die Therapeuten durchaus unterschiedlich intervenieren.

Whelton (2004) findet in seiner Übersicht Hinweise, dass sowohl die *Aktivierung spezifischer relevanter Emotionen* in den Sitzungen als auch die *kognitive Erkundung und Bearbeitung der Bedeutung dieser Emotionen* für therapeutische Veränderungen wichtig sind.

Günstig für den späteren Behandlungserfolg scheint ein »moderate amount of expressed emotional arousal« zu sein, während »too much or too little emotion was found to be not helpful« (Carrier & Greenberg 2010).

Hohe Levels des *Emotional Experiencing* (siehe oben) zeigt einen robusten Zusammenhang mit dem Therapieerfolg (Castonguay et al. 1996; Whelton 2004). Im Verlauf von erfolgreichen Behandlungen steigt das Level des *Emotional Experiencing* bzw. des *Emotional Processing* deutlich an (Pos et al. 2003; Watson & Bedard 2006).

39.2.4 Nonverbale dyadische Muster im therapeutischen Prozess

Dem nonverbalen Verhalten wird eine immens hohe Bedeutung in zwischenmenschlichen Kontexten zugeschrieben. Hier sollen einige Studien vorgestellt werden, die

203 Zur Bestimmung des nonverbalen *attunements* wurden die Differenzen verschiedener Verhaltensweisen von Patienten (*support seeking* Patient: z. B. Dauer und Häufigkeit des Blickkontakts zur Interviewer, Gestikulierungen während des Sprechens, Hand- und Kopfbewegungen etc.) und Interviewer (*support giving behaviour* Therapeut: Dauer und Häufigkeit von bejahendem Kopfnicken, backchannels wie »hm hm« oder »ja ja« während des Sprechens des Patienten) innerhalb von 3-Minuten-Sequenzen bestimmt – hohe Differenzen zwischen *support seeking* Verhalten des Patient und *support giving behaviour* des Therapeut reflektiert dabei geringes *attunement*.

nonverbale Prozesse in der Psychotherapie und ihre Zusammenhänge mit dem Behandlungsergebnis untersucht haben. Der Fokus liegt dabei auf dyadischen Prozessen, d. h. an Verhaltensmustern, an denen Patient und Therapeut beteiligt sind.

Nonverbales attunement

Geerts et al. (1996) untersuchten das nonverbale *attunement*²⁰³ zwischen 31 depressiven Patienten und einem Interviewer. Je stärker das nonverbale attunement im Laufe des 20-minütigen Interviews zunahm, umso besser entwickelten sich die Patienten (vgl. Geerts & Bouhuys 1998).

Ramseyer & Tschacher (2011) untersuchten Synchronisierungen der Körperbewegungen zwischen 70 Patienten (mit unterschiedlichen Diagnosen) und ihren Therapeuten mittels eines automatisierten Videoanalysealgorithmus (Motion Energy Analysis; MEA), mit dem die *Bewegungsenergie* der Interaktanten durch Pixelveränderungen zwischen Video-Frames automatisch erfasst wird. Synchronizität zwischen Patienten und Therapeuten ist höher in Sitzungen, die von den Patienten als Sitzungen mit hoher Beziehungsqualität sowie mit hoher Selbstwirksamkeit eingeschätzt werden. Hohe Synchronizität charakterisiert Behandlungen mit besserem Outcome (Symptomreduktion). Die Autoren verstehen die *nonverbal synchrony* als *embodiment* der therapeutischen Beziehungen sowie weiterer psychischer Variablen.

Mimisch-affektive Prozesse in Psychotherapien

In den letzten Jahren wurde in einer Reihe von Arbeiten das mimisch-affektive Verhalten in psychotherapeutischen Dyaden untersucht (Bänninger-Huber 1996; Bänninger-Huber & Widmer 1997; Bänninger-Huber et al. 2002; Krause & Lüt-

olf 1988; Merten et al. 1996; Anstadt et al. 1997; Merten & Krause 2003; Merten 2001; Dreher et al. 2001; de Roten et al. 2002; Benecke & Krause 2001; Benecke et al. 2001; Benecke 2002; Rasting & Beutel 2005, Benecke & Krause 2005a, 2005b, Fabregat & Krause 2008). Eine Übersicht findet sich in Krause (2012). Allen diesen Studien gemeinsam ist die Verwendung des Facial Action Coding System (FACS) von Ekman & Friesen (1978; Ekman et al. 2002) bzw. des Emotional Facial Action Coding System (EmFACS, Friesen & Ekman 1984) zur Erfassung des mimisch-affektiven Verhaltens (► Kap. 4.2.2). Aufgrund der sehr zeitintensiven Mimikodierung sind die Stichproben hier meist sehr klein. Eine Auswahl an Studienergebnissen soll hier vorgestellt werden.

In drei unabhängigen Studien wurde das dyadische mimisch-affektive Verhalten von Patienten und Therapeuten in der ersten Sitzung bzw. dem Erstinterview mit dem späteren Behandlungserfolg in Verbindung gesetzt. In allen drei Studien zeigte sich, dass in erfolgreichen Behandlungen wesentliche mimisch-affektive Anpassungsprozesse, wie sie in alltäglichen Dyaden gefunden wurden, nicht auftraten.

In der Studie »Multikanale Psychotherapie-Prozessforschung« (Anstadt et al. 1997; Merten et al. 1996; Dreher et al. 2001; Merten 2001; Merten & Krause 2003; Krause 2012) wurden der Zusammenhang zwischen mimisch-affektivem Verhalten und subjektiv eingeschätztem Behandlungserfolg bei elf Kurzpsychotherapien unterschiedlicher Ausrichtung mit unterschiedlichsten Störungsbildern untersucht. Es ließ sich zeigen, dass die wesentlichen mimisch-affektiven Anpassungsprozesse, wie sie in alltäglichen Dyaden gefunden wurden, in gut laufenden Psychotherapien, unabhängig von der behandlingstechnischen Orientierung, nicht auftraten. So korrelierten die Häufigkeiten mimisch-affektiver Expressionen von Patient und Therapeut in der ersten

Sitzung negativ, was allen bisherigen Befunden über dyadische Austauschprozesse widerspricht und als ein therapieübergreifender Indikator dafür angesehen wird, dass die Therapeuten nicht spontan handelnd auf das affektive Angebot ihrer Patienten reagieren, wie dies empathische Laien tun (Krause 2012).

Das mimisch-affektive Verhalten von Patient und Therapeut in der ersten Therapiestunde wies signifikante Zusammenhänge zum retrospektiv eingeschätzten Therapieerfolg und zu Verbesserungen der Symptomatik auf (im Überblick Merten 2001). Insbesondere die Untersuchung des sogenannten *Leitaffekts* (häufigster gezeigter Affekt einer Person) hat sich als fruchtbar erwiesen. Der *Leitaffektanteil des Therapeuten* wurde definiert als relativer Anteil des häufigsten vom Therapeuten gezeigten Affekts an allen seinen Primäraffekten. Das heißt, je mehr sich ein Affekt anteilmäßig von allen anderen Affekten abhebt, desto höher ist der Leitaffektanteil. Der Leitaffektanteil des Therapeuten in der ersten Therapiesitzung korrelierte negativ mit dem vom Therapeuten retrospektiv eingeschätzten Erfolg der Therapie. Der **dyadische Leitaffekt** ist eine Kombination aus den Leitaffekten der Patienten und ihrer Therapeuten. Es wurden drei Kategorien gebildet: a) beide Leitaffekte positiv b) beide negativ und c) einer negativ, der andere positiv. In den erfolgreichen Behandlungen war die Qualität der Affekte in der ersten Stunde kompensatorisch (Kategorie c), in den schlechtesten fanden sich positiv-reziproke dyadische Leitaffekt (Kategorie a). Das Verhältnis von *Freudeexpressionen* der Patienten zu den *aggressiven Affektexpressionen* (Ärger, Ekel, Verachtung) der Therapeuten korrelierte negativ mit dem Therapieerfolg; d. h. zeigten die Patienten in der ersten Stunde viele Freudeexpressionen, dann zeigten erfolgreiche Therapeuten viele aggressive Affekte. Synchronisierungen von Freudeexpressionen (Freudeausdruck von Person A wird innerhalb einer Sekunde

gefolgt von einem Freudeausdruck von Person B; »positive Reziprozität«) waren negativ mit den Erfolgseinschätzungen assoziiert, ein völliger Ausfall derselben allerdings auch. Je größer die Veränderung beim Patienten im Behandlungsverlauf in Richtung einer mehr positiv bestimmten Mimik war, desto erfolgreicher beurteilte der Patient selbst die Therapie.

Merten (2001) untersuchte die Behandlungen dieser Stichprobe darüber hinaus mit dem Musterdetektionsprogramm THEME (► Kasten).

THEME (Magnusson 1996, 2000) ist ein Detektionsprogramm, welches einen Verhaltensstrom nach sich wiederholenden Ereignisabfolgen unter Berücksichtigung der zeitlichen Abstände durchsucht.

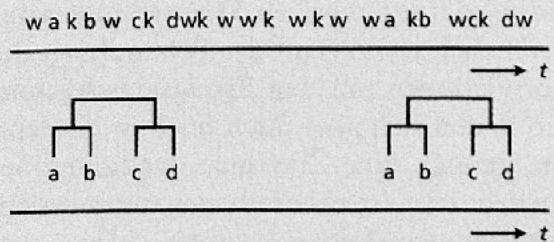


Abb. 39.3: THEME. Verhaltensstrom (obere Buchstabenfolge) und darin »verborgene« Sequenzmuster.

Um als repetitives Muster erkannt zu werden, müssen die Ereignisse (hier mimische Affektausdrücke) in sich wiederholender Reihenfolge in ähnlichen zeitlichen Abständen auftauchen.

Es werden *monadische* und *dyadische* Muster unterschieden. Monadische Muster beschreiben repetitive Abfolgen innerhalb des Verhaltens einer Person, hier also innerhalb des mimischen Verhaltens einer Patientin oder innerhalb des mimischen Verhaltens eines Therapeuten. Dyadische Muster beschreiben

repetitive Abfolgen von Verhaltensweisen von Patientin und Therapeut. Ein häufiges dyadisches Muster ist eine repetitive Sequenz aus *Duchenne smile* einer Person, wiederholt und in zeitlich immer ähnlichem Abstand gefolgt von einem *Duchenne smile* der anderen Person (vgl. Schwab 2001; Merten 2001).

Die THEME-Analysen des mimischen Verhaltens in den ersten Sitzungen weisen eine Reihe von signifikanten Korrelationen mit den Erfolgseinschätzungen auf. Insgesamt zeigen die Ergebnisse in die Richtung, dass je *mehr verschiedene repetitive Sequenzmuster* gefunden werden und je *höher deren Auftretenshäufigkeit* sowie deren *Komplexität* (d. h. die Anzahl der in einem Muster eingebundenen Affekte) ist, umso *schlechter* wird das Ergebnis am Ende der Behandlung eingeschätzt. Merten (2001) bezeichnet dies als »interaktive Verstrickung«. Die Indizes der interaktiven Verstrickung reduzieren sich im Verlauf der Behandlung, die Korrelationen mit den Erfolgseinschätzungen finden sich aber auch noch in der letzten Sitzung. Eine Zunahme dyadischer Sequenzmuster ist ebenfalls negativ mit dem Behandlungserfolg assoziiert. »Das vermehrte Auftreten dyadischer Muster in der letzten Stunde weist ... darauf hin, dass das Verhalten von Patient und Therapeut noch stark von repetitiven Beziehungsmustern bestimmt ist, die in den weniger erfolgreichen Therapien negative Affekte enthalten« (Merten 2001, S. 163; vgl. auch Merten 2005).

Laut Benecke (2002) unterscheiden sich erfolgreiche von weniger erfolgreichen Therapeuten darin, in welchem Sprachinhaltskontext ihre aggressiven Affektausdrücke (Ärger, Ekel und Verachtung) auftreten. Die Therapeuten zeigten in den wenig erfolgreichen Behandlungen deutlich mehr »interaktive« aggressive Affekte. Das heißt, ihre mimischen Ausdrücke von Ärger, Ekel

und Verachtung traten häufiger in Gesprächspausen auf oder beim Sprechen über die therapeutische Beziehung. Die aggressiven Affektausdrücke der Therapeuten hatten in den erfolgreichen Behandlungen häufiger »objektbezogene« Funktion, waren also häufiger im Kontext des Sprechens über andere Personen eingebettet (zu den Funktionen von Affektmimik ► Kap. 4.3.3).

In einer Studie von Rasting und Beutel (2005) wurde das mimisch-affektive Verhalten von 20 Patienten (15 Frauen und fünf Männer; verschiedene Diagnosen u. a. Angststörungen, somatoforme Störungen und Depression) und ihren Therapeuten während des Erstinterviews analysiert und mit dem Behandlungserfolg der psychodynamischen Kurztherapie in Zusammenhang gebracht. Die Behandlungen wurden von einem männlichen Therapeuten und einer weiblichen Therapeutin durchgeführt, wobei jeder jeweils fünf erfolgreiche und fünf nicht erfolgreiche Behandlungen durchführte (es wurden so lange Patienten in die Studie aufgenommen, bis dieses ausgewogene Verhältnis erreicht war). Die mimischen Affektausdrücke wurden zu drei Kategorien zusammengefasst: »hedonisch« beinhaltet die sogenannte »echte Freude« (auch *Duchenne smile* genannt) sowie das sogenannte »soziale Lächeln«; »aggressiv« umfasst die Ausdrücke von Ärger, Verachtung und Ekel; »submissiv« beinhaltet die Affektausdrücke von Angst und Trauer.

Als Ergebnis zeigte sich, dass in der Gruppe der wenig erfolgreichen Behandlungen ein hohes Maß an Reziprozität in allen drei Kategorien zwischen Patienten und Therapeuten zu beobachten war (► Abb. 39.4). Die prozentualen Anteile der drei mimischen Affektkategorien »hedonisch«, »aggressiv« und »submissiv« der Patienten korrelierten positiv mit den Anteilen der entsprechenden Kategorien ihrer Therapeuten. Diese Reziprozität fand sich in der Gruppe der erfolgreichen Behandlungen nicht.

		Affektmimik der Therapeuten					
		nicht-erfolgreiche Behandlung (n=10)			erfolgreiche Behandlung (n=10)		
		hedonisch	aggressiv	submissiv	hedonisch	aggressiv	submissiv
Affektmimik der Patientinnen	hedonisch	+.60*	-.02	-.59*	-.39	-.47	+.90***
	aggressiv	-.18	+.62*	-.14	+.07	-.04	-.40
	submissiv	-.35	-.14	+.74*	+.09	+.29	+.07

Abb. 39.4: Affektmimik während des Erstinterviews und Behandlungserfolg (Rasting und Beutel 2005).

	Erfolgserwartungen der Therapeuten in Behandlungserfolg		
	Anfang	Mitte	Ende
PAMs_success	-.25	-.62*	-.77*
PAMs_particip	-.20	-.52	-.83*
PAMs_unsucc	-.48	-.24	-.35

Abb. 39.5: PAMs in Stunde 1 und Erfolgszufriedenheit.

Peham et al. (2005) untersuchten *Prototypische Affektive Mikrosequenzen*, PAMs (Bänninger-Huber 1996; zum Konzept der PAMs ► Kap. 4.5.4), in der jeweils ersten Therapiestunde von 20 Patientinnen mit Panikstörung: Je mehr *gelingende* PAMs (Therapeut antwortet mit einem Duchenne smile) und *participation* PAMs (Therapeut reagiert nur mit einem sehr schwachen Lächeln) in der ersten Stunden realisiert wurden, umso schlechter wurde später das Behandlungsergebnis von den Therapeuten eingeschätzt.

Im Verlauf waren erfolgreiche Behandlungen dadurch gekennzeichnet, dass die Therapeuten sehr variabel auf die Beziehungsangebote der Patientinnen reagierten, während in den nicht erfolgreichen Behandlungen ein einziges Reaktionsmuster der Therapeuten über alle Stunden hinweg dominierte (Peham et al. 2005).

Insgesamt zeigen die bisherigen Befunde die hohe Bedeutsamkeit des nonverbalen Verhaltens in der Psychotherapie. Die Ergebnisse der angeführten Studien weisen darauf hin, dass je nach »Kommunikationskanal« unterschiedliche Prozesse förderlich für die Entwicklung einer veränderungswirksamen Beziehung sind: Auf sehr basalen Ebenen wie Körperbewegungen und nonverbalem attunement ist ein hohes Ausmaß an Synchronisierungen zwischen Patient und Therapeut mit produktiven therapeutischen Verläufen assoziiert. Auf der Ebene des mimisch-affektiven Verhaltens hingegen deuten die Befunde darauf hin, dass ein zu hohes Maß an Reziprozität in der mimisch-affektiven Kommunikation, egal ob positiv oder negativ, eher schädlich für einen gelingenden therapeutischen Prozess zu sein scheint.

39.2.5 Die Analyse nicht-linearer therapeutischer Prozesse

Die Psychotherapiemodelle auf Basis der dynamischen Systemtheorie (► Kap. 9.2 und Kap. 30.2) gehen davon aus, dass sich das System Patient im Laufe einer erfolgreichen Behandlung destabilisiert, um sich danach in einem Selbstorganisationsprozess in Richtung eines neuen (und hoffentlich gesünderen) Ordnungszustand zu entwickeln. Die Veränderungsverläufe werden daher als nicht-linear erwartet und Phasen von *Instabilität* wären gewissermaßen Voraussetzung für wirkliche und nachhaltige Veränderungen. Andererseits braucht eine Re-Organisation nicht nur Destabilisierung, sondern auch *Ordnungsbildung* im Verlauf des therapeutischen Prozesses.

Hayes et al. (2007b) geben einen Überblick über Studien, die nicht-lineare Symptomverläufe bei Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen untersuchten. Die Autoren schlussfolgern:

»Although change can happen in a gradual and linear way, there is increasing evidence from across disciplines that it can also occur in discontinuous and nonlinear ways. This latter type of change is often preceded by an increase in variability and a destabilization or loosening of old patterns that can be followed by system reorganization. In post-traumatic growth, life transition, and psychotherapy, destabilization often occurs in the context of emotional arousal which, when accompanied by emotional processing and meaning-making, seems to contribute to better outcomes« (vgl. auch Hayes et al. 2007a).²⁰⁴

Laut Gumz et al. (2010) zeigten sich in erfolgreichen Behandlungen temporäre Instabilitäten im Erleben der therapeutischen Beziehung durch die Patienten. Gumz et al. (2012) analysierten die Synchronizität von Instabilität im Erleben der therapeutischen Beziehung (erfasst mittels Intrex-Stundenratings) von neun Patienten und ihrer psychodynamischen Therapeuten über den gesamten Behandlungsverlauf. Es zeigte sich, dass die erfolgreichen Behandlungen eine hohe Synchronizität der Instabilitäten im Erleben der therapeutischen Beziehung aufwiesen, sich Patienten und Therapeuten also jeweils »einig« über die aktuelle Instabilität der therapeutischen Beziehung waren, während dies bei wenig erfolgreichen Therapien nicht der Fall war.

Mehrere Untersuchungen fanden einen *Ordnungseffekt* in Psychotherapieprozessen, d.h. dass Ordnung²⁰⁵ des Therapieprozesses mit dem Verlauf der Therapie signifikant zunimmt, was als Attraktorbildung interpretiert wird. Des Weiteren zeigt sich, dass höhere Ordnungswerte mit besseren Outcome in Verbindung steht (Tschacher & Grawe 1996; Tschacher 1997; Tschacher et al. 1998; Dohrenbusch & Scholz 2004; Tschacher et al. 2007).

Tschacher et al. (2007) untersuchten 30 Behandlungen in Hinblick auf die Entwicklung von »Ordnung«. Das Ordnungsmaß Ω basiert auf dem Konzept der Entropie eines Systems (► Kap. 9.2) und ist ein Maß für das gemeinsame Variieren der einzelnen Variablen – hohe gemeinsame Variation der Variablen zeigt hohe Ordnung Ω . Höhere Ordnungszunahme geht mit positiver Therapiebeziehung und günstigem Outcome einher.

204 Dold et al. 2012 berichten einen gegenläufigen Befund: Bei 14 stationär behandelten Patienten mit Zwangsstörungen waren höhere Instabilitäten täglicher Selbsteinschätzungen im acht-wöchigen Behandlungsverlauf mit schlechteren Ergebnissen assoziiert, was die Autoren mit den Spezifika von Zwangsstörungen erklären.

205 Z. B. operationalisiert durch eine Reduktion der Anzahl der Faktoren der Daten von Stundenbögen sowie dem Ordnungsmaß Ω , einem Maß für Entropie.

Fisher et al. (2011) untersuchten Entwicklungen von dynamischen Mustern im Verlauf von 33 Behandlungen. Dazu wurden *spectral power analysis* sowie *dynamic factor analysis* auf Tagebuchdaten (Angst-Ratings) angewendet, die die Patienten über die zwölf Wochen der Behandlungsdauer dreimal täglich führten, um Ordnungsbildungen in den Verläufen zu untersuchen. Die individuellen Verlaufs-

muster wurden anschließend aggregiert und mittels *linear mixed effect models* mit dem Therapieergebnis sowie der Ein-Jahres-Katamnese in Verbindung gebracht. Attraktor-bildungen in den Tagebuchdaten im Verlauf der Therapie hingen mit einer weiter ansteigenden Verbesserung im Katamnese-Zeit-raum zusammen, während sich die Patienten mit keiner oder geringer Ordnungsbildung in dieser Zeit wieder verschlechterten.