

J. Merten und C. Benecke

## Maladaptive Beziehungsmuster im therapeutischen Prozess

**Zusammenfassung** Psychische Störungen können im Wesentlichen als Beziehungsstörungen betrachtet werden und zeichnen sich durch eine hohes Maß an Persistenz aus. Die Mechanismen der Aufrechterhaltung maladaptiver Beziehungsmuster in Alltagssituationen werden unter besonderer Berücksichtigung der Affekte und des mimisch-affektiven Interaktionsverhaltens untersucht. Diese gewöhnlich unbewussten affektiven Interaktionsstrategien von Patienten ziehen die jeweiligen Interaktionspartner in das Patientenmuster hinein, was zu einer Wiederholung und Stabilisierung der Muster führt. In einer ganzen Reihe von Studien, deren Ergebnisse hier zusammengefasst werden, konnte die Wirkung von unbewussten nonverbalen Kommunikationsprozessen demonstriert werden.

Im zweiten Teil dieser Arbeit gehen wir auf die affektive Kommunikation in Psychotherapien ein. Unsere Untersuchungen unterstreichen den Unterschied zwischen einer guten Alltagsbeziehung und einer hilfreichen therapeutischen Beziehung. Erfolgreiche Behandlungen zeichneten sich durch eine Form von Abstinenz im affektiven Beziehungsverhalten der Therapeuten aus, während Therapeuten in wenig erfolgreichen Behandlungsverläufen sich in affektive Muster verstricken lassen und sich aus diesen auch im Verlauf nicht zu lösen vermögen. Solche affektiven „Verstrickungs-Muster“ lassen sich auf der Mikroebene des dyadischen affektiven Beziehungsverhaltens zwischen Patient und Therapeut erfassen.

Zusammengenommen demonstrieren die vorgestellten Ergebnisse, dass die Implementierung maladaptiver Beziehungsmuster als ein unwillkürlich ablaufender, nonverbaler, dyadischer Prozess aufgefasst werden kann und dass erfolgreiches therapeutisches Beziehungshandeln eben in diesen dyadischen Prozess eingreifen muss, soll es zu nachhaltigen Veränderungen kommen.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, therapeutischer Prozess, therapeutische Beziehung, Emotion, Mimik, therapeutischer Erfolg, nonverbales Verhalten.

### **Maladaptive relationship-patterns and therapeutic process**

**Abstract** This contribution is centered around the problem of how to understand why well-trained psychotherapists who do not make “technical errors” can and do fail in the therapeutic process. Studies related to the social interactive nature of psychic disturbances that can clarify the issue are revised. A 30 year-long research tradition is integrated (Krause, 1982, 1997, 1998; Steimer-Krause, 1996) and observations reveal that patients with specific psychological disorders establish specific relationship patterns in “everyday”-interactions with the majority of the partners they interact with. These patterns are mostly unconscious. Nevertheless, they can be measured through non-verbal interactive microbehaviours observed in facial expression. Our study demonstrated how unconscious non-verbal phenomena have a specifically powerful impact not only on the behaviour of the interaction partner but also on the affects that are predominant in the chronification of maladaptive patterns.

The second part of this paper emphasizes how the major curative power in the psychotherapeutic interaction is related to a form of abstinence of non-verbal unconscious affective patterns, while the failure of well-trained psychotherapists is usually linked to getting tied in these micro-momentary affective choreographies, which can be specifically described.

Research also demonstrates that implementation of relationship patterns has to be conceptualized as a dyadic process and especially that the therapist's facial affective behaviour as opposed to that of healthy laymen, is a good predictor of therapeutic outcome or failure.

**Keywords:** Psychotherapy, therapeutic process, therapeutic bond, emotion, facial expression, therapeutic outcome.

### **Schémas mal adaptés d'interaction et processus thérapeutique**

**Résumé** Partant du constat diagnostique de troubles psychiques à persistance marquée, nous montrons que des schémas d'interaction mal adaptés et leur mise en œuvre répétée dans le contexte des relations sociales constituent une composante importante de ces troubles. Ces schémas d'interaction ne sont pas simplement caractérisés par le comportement du patient ; leur particularité réside dans le fait que des interlocuteurs sains sont « impliqués » dans ceux-ci. Plusieurs études des comportements interactifs ont montré que ce phénomène d'adaptation aux schémas d'interaction des patients est le plus marqué lorsque ces derniers souffrent d'importants déficits structurels. Il a aussi été possible de mettre en évidence plusieurs différences qualitatives dans la régulation des relations auxquelles des patients participaient, comparé à des entretiens entre deux interlocuteurs sains. Ces dissemblances indiquent que l'établissement d'un espace mental commun et partagé échoue lorsque les patients souffrent d'un trouble sévère.

Les interactions entre deux interlocuteurs sains manifestent plus de signes mimico-expressifs positifs, alors que celles impliquant une personne souffrant d'un trouble psychique, avec capacité réduite de mentaliser, et un interlocuteur sain sont caractérisées par un « affect directeur » négatif chez les deux partenaires.

Les interactions psychothérapeutiques se distinguent des relations quotidiennes dans le sens où ces phénomènes d'adaptation ne s'y produisent pas. Les thérapeutes expérimentés – tous courants confondus – font montre d'abstinence émotionnelle, du moins en ce qui concerne leur comportement mimico-affectif. Des disparités ont été enregistrées par rapport aux différentes émotions : les affects servant à réguler la distance (joie, mépris, dégoût) sont moins souvent exposés, alors que ceux qui sont le produit du traitement d'informations (surprise et crainte) le sont plus souvent que dans les interactions hors thérapie. Ceci montre que l'assimilation de nouvelles expériences joue un rôle important dans le contexte psychothérapeutique, bien qu'il y soit souvent difficile de traiter l'information car la peur et la réaction de défense qui suit constituent des obstacles.

Le fait que la joie soit moins souvent exprimée en psychothérapie n'est pas simplement dû aux troubles du patient ; il peut aussi être interprété comme un signe de l'abstinence émotionnelle pratiquée par de nombreux thérapeutes. La relation thérapeutique et l'implémentation de schémas mal adaptés d'interaction se reflètent dans les schémas affectifs dyadiques – ceci implique que les caractéristiques manifestées par ces schémas peuvent servir d'indicateurs au pronostic concernant les résultats du traitement.

Par contre, « l'affect directeur » des patients durant les premières séances ne corrèle pas avec les résultats du traitement, pas plus que ne le font d'autres indices monadiques du comportement du patient. On constate avec surprise que les indices dyadiques et le comportement mimico-affectif du thérapeute peuvent servir de manière plus adéquate à prévoir l'aboutisse-

ment du traitement. Lorsque ce dernier a des résultats positifs, le comportement du thérapeute est caractérisé par l'absence d'un affect directeur dominant. On pourrait aussi dire : l'échec thérapeutique est en rapport avec une perte de variabilité au niveau du système de régulation affective du thérapeute.

Nos résultats concernant le comportement mimico-affectif des patients et des thérapeutes, leur importance dans le contexte de la relation thérapeutique et leur rapport avec les résultats du traitement peuvent être résumés comme suit : dans les psychothérapies axées sur la gestion des problèmes, une capacité différenciée à exprimer des affects négatifs semble indispensable.

Ces affects négatifs peuvent avoir différentes fonctions. Ils peuvent être réactions directes au patient et à son comportement, mais ils peuvent aussi être en rapport avec des objets et événements contenus dans le champ mental au sujet duquel thérapeute et patient s'entretiennent verbalement. Dans les deux cas, les affects négatifs du thérapeute constituent une base importante, qui permet de comprendre les problèmes du patient centrés sur des conflits émotionnels avec autrui, avec lui-même et/ou avec le thérapeute.

La mise en œuvre de schémas mal adaptés d'interaction peut être identifiée au nombre élevé de réactions affectives dyadiques et à la grande complexité de ces dernières. Bien que l'on trouve dans toute interaction un certain nombre de schémas de ce type et bien que cela soit sans doute indispensable à l'établissement d'une relation positive et stable, le nombre élevé et la grande complexité de ceux-ci dans le cadre d'une psychothérapie indique que le thérapeute s'est impliqué de manière conflictuelle dans le dynamisme interactionnel du patient et qu'il n'est plus en mesure de s'en libérer – ceci en particulier lorsque ces schémas ne se résolvent pas en cours de traitement. Un nombre élevé d'expressions simultanées de joie est associé à un traitement dont les résultats seront négatifs, bien qu'il soit exact que jusqu'à un certain point cette réciprocité positive est indispensable à l'établissement et au maintien d'une relation thérapeutique positive au niveau affectif. Le thérapeute dont le traitement a du succès réussit sans doute à maintenir un équilibre entre l'établissement de liens positifs d'une part, et l'accord d'un espace suffisant aux affects négatifs d'autre part. La domination de signes de joie chez le patient peut également servir à mettre en œuvre un schéma d'interaction spécifique, sur la base duquel le travail thérapeutique peut s'effectuer. Les thérapeutes dont les traitements avaient du succès passaient par cette étape en en compensant l'affect. Ceux qui réussissaient moins bien s'impliquaient dans l'offre d'interaction qui leur était présentée, en souriant eux aussi beaucoup – ce qui faisait que les deux interlocuteurs portaient une part de responsabilité pour la manière dont les aspects négatifs de la relation étaient négligés.

Le concept de « l'affect directeur » et les aspects comportementaux qui en sont dérivés intègrent une

*bonne partie de ces idées pour définir ce qui constitue une relation thérapeutique de valeur. L'expression d'un affect directeur essentiellement positif par le thérapeute fait plutôt correspondre la relation thérapeutique à une relation positive entre deux personnes saines dans la vie de tous les jours; dans ce sens, elle n'est pas adéquate lorsqu'il s'agit d'acquérir les moyens de gérer des conflits psychiques de manière durable. Un affect directeur négatif marqué de la part*

*du thérapeute peut empêcher le patient d'utiliser sa capacité à travailler sur ses problèmes et rendre impossible l'établissement d'une relation thérapeutique positive. Dans ce sens, le comportement mimico-affectif des thérapeutes dont les traitements ont des résultats positifs reflète leur capacité à maintenir un équilibre entre la réception empathique d'offres affectives négatives et le maintien simultané d'une relation à tonalité positive.*

### Die Persistenz psychischer Störungen

Die Rate spontaner Remissionen bei psychischen Störungen kann nach Grawe (1992) als bemerkenswert gering eingestuft werden. Angesichts des Leidens, das damit verbunden ist, ist dieses Ergebnis paradox. Es stellt sich die Frage, was die Gründe dafür sein können, dass Personen sich und anderen langfristig einem solchen Leiden aussetzen. Erklärungsansätze findet man in Konzepten wie maladaptive Beziehungsmuster (Luborsky, 1977), Schemata und „role-relationship-models“ (Horowitz, 1997) oder „cyclic maladaptive patterns“ (Strupp und Binder, 1984), die den Schwerpunkt auf eine Wiederholung maladaptiver Muster durch den Patienten legen. Diese Konzepte müssen jedoch um die Verhaltensweisen der Bezugspersonen und Interaktionspartner der psychisch Erkrankten erweitert werden, die zu einer Stabilisierung und der ständigen Wiederholung beitragen. In einer Vielzahl von Arbeiten konnte gezeigt werden, dass psychische erkrankte Patienten spezifische Formen von Beziehungsmustern immer wieder unbewusst herstellen und das nicht nur mit engen Bezugspersonen, sondern mit den meisten Personen, mit denen sie in Beziehung treten (Krause, 1982; Steimer-Krause et al., 1990; Schwab und Krause, 1994; Krause et al., 1998; Schwab et al., 1997; Schulz, 2000). Die Implementation von Beziehungsmustern im interaktiven Feld (Benecke et al., 2000) erfolgt dabei mit Hilfe eines spontanen, interaktiven Kommunikationssystem (Merten, 2001), das sich aus unterschiedlichen nonverbalen und paraverbalen Verhalten zusammensetzt. Hierin spielt neben gestischem Verhalten und Blickverhalten vor allem das mimisch-affektive Verhalten eine zentrale Rolle. Die Implementation eines Beziehungsmusters kann im einfachsten Fall durch die Induktion eines bestimmten Affekts (Krause, 1990) oder einer Handlungsbereitschaft (Frijda, 1986) beim Interaktionspartner erreicht werden.

Beispielsweise wurden dyadische Interaktionen zwischen Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen wie paranoider Schizophrenie (Steimer-Krause et al., 1990) und gesunden Personen, sowie Interaktionen zwischen Patienten mit schweren psychosomatischen Erkrankungen wie Colitis Ulcerosa und gesunden Personen untersucht (Krause, 1998). In beiden Fällen wiesen die gesunden Partner eine gegenüber den Kontrollgruppen mit zwei gesunden Gesprächspartnern signifikante Reduktion im mimisch-affektiven Verhalten auf, die soweit ging, dass sie in etwa gleich viele Affekte

mimisch zeigten wie die schwer erkrankten Patienten. Diese erhebliche Reduktion sowohl bei den Kranken als auch bei ihren Gesprächspartnern scheint typisch für Patienten mit strukturellen Defiziten, die sich vor allem in einer eingeschränkten Fähigkeit zur Mentalisierung niederschlagen (Fonagy, 1991; Fonagy und Target, 1998; Schulz, 2000). So zeigen denn auch Patienten, deren Problematik eher durch unbewusste Konflikte zu erklären ist, nicht die beschriebene Reduktion, sondern eher ein Übermaß an affektiven oft aber konfliktiven mimischen Reaktionen. Die Verhaltensweisen der Patienten, aber auch die Reaktionen der gesunden Gesprächspartner darauf, haben einen erheblichen Einfluss auf das emotionale Erleben in den untersuchten Situationen und können zusammen genommen als für einzelne Gespräche spezifisches intersubjektives Feld beschrieben werden (Benecke et al., 2000). Welche Art intersubjektives Feld sich in einer Beziehung etabliert wird bestimmt von Strukturmerkmalen der Person aber auch von deren Konflikten. Im Fall von gesunden Personen mit „guter“ Struktur und der Fähigkeit zur Mentalisierung gehen mimisch ausgedrückte negative Affekte mit dem Erleben von positiven Affekten einher (Hufnagel et al., 1993), während sie im Fall der schizophrenen oder psychosomatischen Patienten auch mit dem Erleben von negativen Affekten korrelieren. Bei weiterer Untersuchung der Kontexte, in denen die Affekte auftreten, fällt auf, dass im Fall der gesunden Personen mit hoher Mentalisierung der Affekt auf – oft auch im verbalsprachlichen erwähnte – mentale Objekte bezogen ist, während sie im Fall der schwer erkrankten Patienten zur Regulation der aktuellen Beziehung zum Gesprächspartner dienen. Diese beiden unterschiedlichen Funktionen der mimisch-affektiven Zeichen können dadurch unterschieden werden, dass sie mit unterschiedlichem Blickverhalten einhergehen (Merten, 1997, 2000) und auch im Kontext verbaler Äußerungen über Objekte als Referenten auftreten. Im Fall der schwer erkrankten Patienten fehlt dieser Bezug, vielmehr sind die Affekte unmittelbar in die Beziehungsregulation eingebunden und indizieren konfliktive Anteile der Beziehung. Die so geschwächte Beziehung zwischen den Gesprächspartnern und das Fehlen von beiden geteilter mentaler Inhalte drückt sich auch in für die Gespräche typischen nonverbalen Mustern aus.

Ein in allen Dyaden auftretendes Muster besteht darin, dass negative Affekte wie Ärger, Ekel und Verachtung bei beidseitigem Anblicken signifikant reduziert sind (Merten, 1997). In Gesprächen mit schwer erkrank-

ten Patienten ist diese Reduktion bei weitem größer als in Gesprächen zwischen zwei Gesunden.

Bei letzteren wird dies durch die grundsätzlich positive Beziehung, die sich in gemeinsamem Lächeln bei Blickkontakt äußert, und durch den Bezug zu verbal-sprachlich eingeführten Themen und Objekten ermöglicht. Hier können negative Affekte auch bei Blickkontakt gezeigt werden, ohne dass die Gefahr besteht, dass der Interaktionspartner diese auf sich selbst bezieht. Im Gespräch zwischen gesunden Personen treten gehäuft negative Affekte in der Mimik auf, diese belasten aber nicht die Beziehung, sondern sind vielmehr Ausdruck eines lebhaften, emotionalen Austausches über von beiden geteilte Themen.

### **Die Implementierung psychischer Störung im intersubjektiven Feld**

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse kann die Wiederholung maladaptiver Muster nicht mehr alleine dem Patienten zugeschrieben werden, vielmehr tragen beide Partner zum Prozess der Wiederholung bei. Die Patienten und die gesunden Gesprächspartner antizipieren den Verlauf eines Gesprächs, indem sie kognitiv-affektive Modelle von sich selbst, dem Partner und den Interaktionen von beiden bilden (Patterson, 1991; Krause, 1997; Bänninger-Huber, 1992, 1996). Die Modelle der Patienten sind dabei durch spezifische Konflikte, z.B. zwischen Nähe und Distanz, zu kennzeichnen, wodurch die Art der möglichen Beziehungen bereits vorgegeben wird. Für schizophrene Patienten konnte gezeigt werden, dass sie selbst kein Verhalten zeigen, dass als Intimitätsvermeidung zu interpretieren wäre, es gelingt ihnen aber mit Hilfe des oben angesprochenen unwillkürlichen Kommunikationssystem ihre gesunden Partner so zu beeinflussen, dass diese Nähe vermeiden (Steimer-Krause, 1996).

Dieses Phänomen entspricht den Vorgängen, die an anderer Stelle unter dem Begriff der „projektiven Identifikation“ (Ogden, 1988; Porder, 1991) beschrieben wurden. Merten (1996) konnte zeigen, dass die projektiven Prozesse, die dazu führen, dass sich die gesunden Gesprächspartner gemäß der abgewehrten Anteile der Patienten verhalten, mittels nonverbalen Verhaltens induziert werden.

Von all diesen beschriebenen Prozessen ist anzunehmen, dass sie auch in psychotherapeutischen Behandlungen wirksam werden und einen Großteil der emotionalen Qualität der therapeutischen Beziehung und des intersubjektiven Feldes zwischen Patient und Therapeut bestimmen. Dennoch sollten zumindest erfolgreiche Therapeuten in anderer Weise auf die Beziehungsangebote der Patienten reagieren als dies gesunde Laien tun.

### **Gute Alltagsbeziehungen versus hilfreiche therapeutische Beziehungen**

Vergleicht man das mimisch-affektive Verhalten in „Alltagssituationen“ mit dem in psychotherapeutischen Interaktionen, erhält man folgende Ergebnisse: die Gesamtaffektivität der Patienten und vor allem die

der Therapeuten ist reduziert. Besonders der mimische Ausdruck von Freude aber auch der von Ekel tritt bei weitem seltener auf. Demgegenüber kommt aber in den Psychotherapien mehr Überraschung und Angst mimisch zum Ausdruck, wobei letzteres nur für die Patienten gilt. Weitere Unterschiede ergeben sich für die Verachtungsmimik, die in Alltagssituationen recht häufig gezeigt wird. In den Psychotherapien zeigen Patient und Therapeut aber seltener Verachtung. Die Patienten zeigen allerdings doppelt so häufig Verachtung wie die Therapeuten. Die größten Unterschiede findet man aber, wenn man untersucht, wie häufig Patient und Therapeut gemeinsam mimisch echte Freude zeigen. Dieses in Alltagssituationen sehr häufige dyadische Verhalten ist in den Psychotherapien um den Faktor 3 reduziert. Das ist um so verwunderlicher, da gemeinsames Zeigen echter Freude in Alltagssituationen als Indikator einer guten, positiven Beziehung verstanden werden kann und da aus der Perspektive klinischer Praxis und Forschung die therapeutische Beziehung als einer der besten Prädiktoren einer erfolgreichen Behandlung angesehen wird.

### **Der Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und Therapieergebnis**

Dieser Widerspruch wird zum Teil dadurch relativiert, dass die Konzeptualisierung der therapeutischen Beziehung und die Methoden, sie zu bestimmen, erhebliche Unterschiede aufweisen (Orlinsky et al., 1994) und oft inhaltliche und methodische Probleme aufweisen (Krause, 1997).

Aspekte, unter denen die therapeutische Beziehung zu erfassen versucht wird, werden von Strupp (1994) in Anlehnung an eine Definition von Gaston (1990) in vier Bereiche unterteilt. 1) die Arbeitsbeziehung, 2) das affektive Band des Patienten zum Therapeuten, 3) das empathische Verständnis des Therapeuten und sein Involvement und 4) die Zielübereinstimmung und Orientierung an den gemeinsam zu lösenden Aufgaben stellen Schwerpunkte der Erforschung der therapeutischen Beziehung dar. Das affektive Band des Therapeuten zum Patienten wird nicht erwähnt, könnte aber am ehesten unter dem Involvement des Therapeuten subsumiert werden. Orlinsky et al. (1994) unterscheiden die aufgabenorientierte Zusammenarbeit (*task-oriented teamwork*) von sozial-emotionalen Aspekten der therapeutischen Beziehung. Letztere unterteilen sie wiederum in den kommunikativen Kontakt und gegenseitigen Affektaustausch.

Die von Orlinsky et al. (1994) berechneten Effektstärken sind am größten im Bereich des gegenseitigen affektiven Austauschs in der therapeutischen Dyade. Die Effektstärken lassen sich konsistent in mehreren Untersuchungen nachweisen; geht man jedoch auf die der Metaanalyse zugrundeliegenden Originalstudien zurück, zeigt sich, dass diese im Hinblick auf die angewandten Methoden ausgesprochen heterogen sind. Dadurch wird auf der einen Seite aufgezeigt, dass die Qualität der therapeutischen Beziehungen unabhängig von den eingesetzten Methoden einen nachweisbaren Einfluss auf den therapeutischen Erfolg hat, die erhobe-

nen Maße bilden den therapeutischen Prozess aber zum Teil so allgemein ab, dass Schlussfolgerungen für therapeutisches Vorgehen nur schwer abzuleiten sind.

Die größten Effektstärken findet man für die von Orlinsky et al. (1994) als gegenseitigen Affektaustausch und reziproke Versicherung benannten Bereiche. Diese Benennungen suggerieren, dass die Originalstudien sich mit therapeutischen Prozessen und insbesondere der Rolle von Emotionen in diesen beschäftigt haben. Der Blick auf die Originalstudien enttäuscht allerdings die entstandenen Erwartungen. Die Studie von Collins et al. (1985) z.B. wird als Vertreter einer Studie zur Untersuchung der reziproken Versicherung aufgeführt, sie bezieht sich aber auf Berichte des Personals über den affektiven Austausch der Patienten im Wartezimmer. Das Ergebnis beruht außerdem auf nur einem Item der Ward-Atmosphäre-Scale (Moos, 1974).

Die Perspektive, aus der die Qualität der therapeutischen Beziehung eingeschätzt wird, ist ebenfalls von Bedeutung; so ergeben sich in der Metaanalyse auffällige Unterschiede je nachdem, ob der Therapeut, der Patient oder Dritte die Einschätzung vornehmen. Dieses Phänomen wird auch von Strupp et al. (1977) und Rudolf (1991) berichtet. Für den Bereich verhaltenstherapeutischer Behandlungen fand Schindler (1991), dass die Ratings von Patienten und Therapeuten über den therapeutischen Prozess nur in Ausnahmefällen miteinander korrelieren. Das heißt, dass Patienten und Therapeuten, obwohl sie faktisch an der gleichen Interaktion teilgenommen haben, diese unterschiedlich bewerten. Diese Bewertungsprozesse können durchaus von Interesse für die psychotherapeutische Forschung sein, doch sollten als Ausgangspunkt für solche Untersuchungen Methoden eingesetzt werden, die das faktische Geschehen in der Psychotherapie ohne den Bewertungs-Bias von Patient und Therapeut abbilden.

Nach Orlinsky et al. (1994) werden objektive Indizes zur Erhebung der Qualität der therapeutischen Beziehung in den Studien von Grawe (1989, 1990), Neimeyer et al. (1991), Barker et al. (1988) und Bowers und Clum (1988) verwendet. Die Objektivität wird in diesen Studien dadurch hergestellt, dass die subjektiven Einschätzungen von Patient und Therapeut miteinander verrechnet werden. Eine Alternative kann darin bestehen, dass externe Beobachter die therapeutische Beziehung einschätzen. So gelangt man zwar zu objektiven Aussagen über die therapeutische Beziehung, es ist aber noch nicht expliziert, auf welche Kriterien und Aspekte des interaktiven Geschehens sich die Rater bezogen haben. Wenn man valide Rater darüber befragt, benennen sie Kriterien, die nicht den eigentlichen Prozess widerspiegeln (Wallbott, 1982).

Die Expressivität von Patient und Therapeut als Teil des kommunikativen Kontakts wird nur in den Studien von Roshal (1953), Barrington (1961) und Minsel et al. (1972) mit Hilfe objektiver Maße in obigem Sinne untersucht. Der Schwerpunkt der Untersuchungen liegt meist auf der Expressivität des Patienten; es werden insgesamt nur zwei Studien benannt, die auch den Therapeuten mit einbeziehen und versuchen, die gegenseitige Abstimmung von Patient und Therapeut zu erfassen (Sachse, 1992; Saunders et al., 1989).

Die drei Studien, in denen nach Orlinsky et al. (1994) ein positiver Effekt reziproker Affirmation nachgewiesen wurde, sind die bereits erwähnte von Collins et al. (1985), die Studie von Rudy et al. (1985), die indirekte Maße benutzen, indem sie Ratings von Patient und Therapeut kombinieren, und die Studie von Buckley et al. (1981), die Therapeuten 1 bis 18 Jahre nach ihrer eigenen Therapie befragten, inwieweit sie von der Therapie profitierten. Sie fanden, dass therapeutische Erfolge positiv mit gegenseitiger Sympathie von Patient und Therapeut korrelierten. Berichte von negativen Affekten in der Therapie wurden von den Autoren mit unaufgelösten Übertragungskonstellationen in Verbindung gebracht. Es wird deutlich, dass in den genannten Studien unterschiedliche Aspekte mit unterschiedlichen Methoden zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfasst wurden.

Die von Orlinsky et al. (1994) eingeführte Unterscheidung lieferte zwar wichtige allgemeine Hinweise auf die Qualität der therapeutischen Beziehung, aber die Analyse der Originalstudien ist eher enttäuschend, weil weder Emotionen noch reziproke Prozesse mit angemessenen Methoden untersucht wurden. Die geschilderte Befundlage zeigt zwar auf, dass die therapeutische Beziehung ein wichtiger Aspekt des therapeutischen Prozesses ist, es wird aber auch offenkundig, dass insbesondere die sozial-emotionale Seite weiterer genauerer, objektiver Untersuchungen bedarf, um das Wissen über die interaktiven Komponenten der therapeutischen Beziehung zu vergrößern.

Im Gegensatz zu Kazdin (1994), der schreibt, dass mit dieser Arbeit die Frage nach der Wirkweise verschiedener Verfahren nahezu beantwortet ist, melden Stiles et al. (1994) Zweifel an. Sie würdigen die berichteten Ergebnisse als Wegweiser für die weitere Erforschung der in der Arbeit aufgezeigten Widersprüche, Dilemmata und unterschiedlichen Interpretationen. Vor allem verweisen sie aber auf die Notwendigkeit, das „Äquivalenzparadox“ aufzulösen.

### Was ist hilfreich an der therapeutischen Beziehung?

Soll die Frage geklärt werden, was eine hilfreiche therapeutische Beziehung von einer guten Alltagsbeziehung unterscheidet, halten wir die Untersuchung des tatsächlichen Interaktionsverhaltens von Patienten und Therapeuten für unumgänglich. Vor dem Hintergrund der oben erwähnten Ergebnisse bezüglich non-verbaler Interaktionsstile, der Implementierung von Beziehungsmustern und den beobachteten Anpassungsphänomenen in Alltagsdyaden zwischen Kranken und Gesunden, kann angenommen werden, dass sich Therapeuten in erfolgreichen Behandlungen gerade nicht in die maladaptiven Beziehungsmuster der Patienten hineinziehen lassen, wie dies normale Alltagsinteraktionspartner tun. Das Nichteingehen der Therapeuten auf die Beziehungsangebote der Patienten kann als Durchbrechung des Wiederholungszwanges verstanden werden.

Merten et al. (1996) untersuchten zwei 15-stündige psychoanalytische Fokaltherapien, von denen die eine als erfolgreich, die andere als wenig erfolgreich einge-

stufte wurde. In der wenig erfolgreichen Behandlung fand sich eine Passung zwischen einem ungelösten Konflikt des Therapeuten und dem Problem der Patientin, was darin mündete, dass dieser von beiden agiert wurde. Obwohl beide als mimischen Leitaffekt Freude zeigten und auch viel gemeinsam lächelten, wurde das Ergebnis von beiden als schlecht eingeschätzt. In der erfolgreichen Behandlung zeigten Patient und Therapeut kompensatorische Leitaffekte. Der Patient zeigte vornehmlich negative Affekte, sein Therapeut zeigte am häufigsten Freude. Diese Ergebnisse wurden am Beispiel von 11 Behandlungen weiter untersucht und größtenteils bestätigt (Krause und Merten 1999).

Die Stichprobe setzt sich aus elf 15-stündigen Kurztherapien zusammen, die von sehr erfahrenen Therapeuten verschiedener therapeutischer Richtungen (Psychoanalyse, kognitive Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie und dynamisch-intendierte Therapie) durchgeführt und komplett videographiert wurden. Die Patienten wurden von den Therapeuten selbst ausgewählt, unter der Maßgabe, sie in einer 15-stündigen Kurztherapie behandeln zu können. Der Großteil der Patienten hatte schwere psychische Störungen, neun von ihnen hatten erfolglose Vorbehandlungen hinter sich. Das mimisch-affektive Verhalten von Therapeuten und Patienten der jeweils ersten Behandlungsstunde wurden mit Maßen des Behandlungserfolgs korreliert.

**Der Zusammenhang zwischen der Implementierung von Beziehungsmustern und dem Therapieergebnis**

Weiter oben wurde diskutiert, dass die Induktion eines Affektes beim Gesprächspartner als Anzeichen für die Implementation eines maladaptiven Beziehungsmusters angesehen werden kann. In der Tat zeigt sich in den untersuchten Psychotherapien, dass dieses Phänomen bereits in der ersten Stunde bei einem Teil der Therapeuten zu beobachten ist. Die Therapeuten, die einen Affekt mit großer Häufigkeit zeigen, beurteilten den Therapieerfolg am Ende der Behandlung nach etwa einem halben Jahr als schlechter ( $r = -.63, p < .05, N = 11$ ).

Dass erfolgreiche Therapien aber nicht gänzlich ohne auf die Problematik des Patienten bezogene negative Affekte auskommen, zeigt sich in folgendem Zusammenhang: Die Summe der negativen Affekte Ärger,

Ekel und Verachtung der Therapeuten korrelierte positiv mit dem Therapieerfolg nach Ende der Behandlung ( $r = .81, p = .003, N = 11$ ). Das drückt sich auch im Verhältnis des positiven Affekts „echte Freude“ des Patienten zu den negativen Affekten des Therapeuten, wie in Tabelle 1 angegeben, aus. Zeigt der Patient im Verhältnis zu den negativen Affekten des Therapeuten häufig echte Freude war der Behandlungserfolg eher gering. Kompensierte der Therapeut hingegen das für eine psychotherapeutische Behandlung unangemessene Übermaß an positiven mimischen Signalen auf Seiten des Patienten durch negative Affekte, waren die Behandlungen eher erfolgreich.

Diese Korrelationen zwischen den Häufigkeiten mimisch-affektiver Verhaltensweisen der ersten Sitzung und dem Behandlungserfolg beschreiben aber noch nicht die aktuelle Implementierung von maladaptiven Beziehungsmustern. Diese Implementierung findet auf der dyadischen Mikroebene statt, also auf der Ebene von zeitsynchronem bzw. zeitlich kurz aufeinander folgendem Verhalten – den affektiven Mustern auf Mikroebene. Affektive Muster beschreiben individuelle und dyadische Prozesse, wie sie sich im mimisch-affektiven Verhalten von Patient und Therapeut zeigen. In diesen Mustern bilden sich affektive Selbstregulationsprozesse sowie dyadische Regulierungsprozesse zwischen Patient und Therapeut ab. Die Definition und Beispiele für affektive Muster werden in Merten (1996) gegeben; ein Algorithmus für die Suche und den Nachweis von „hidden real time patterns“ wurde von Magnusson (1996) entwickelt. Die Anwendung dieses Algorithmus von Magnusson auf 11 Therapien ergab, dass sich in fast allen Behandlungen dyadische Muster von Freudeexpressionen (d.h. gleichzeitiges oder fast gleichzeitiges mimisches Zeigen von Freude) fanden, hingegen keine solche dyadischen Muster negativer Affektexpressionen.

Wenn negative Affekte Teil eines dyadischen Musters waren, dann wurden sie durch soziales Lächeln oder Freudeexpressionen vom Partner kompensiert. Darüber hinaus fanden sich verschiedene spezifische Muster in einzelnen Behandlungen, in denen sich die jeweiligen Kernkonflikte der Patienten widerspiegelten. Zum Beispiel fanden sich in der Behandlung einer Patientin mit einem Autonomie-Abhängigkeits-Konflikt zu einem hohen Anteil die oben genannten dyadische Muster von

**Tabelle 1.** Mimisch-affektives Verhalten in der ersten Sitzung und Behandlungserfolg

Prädiktor	Erfolgseinschätzung		
	Therapeut	Patient	Kombiniert
% „Leitaffekt <sub>T</sub> “	-.63*		
Negative Affekte <sub>T</sub>	+.81*		
Echte Freude <sub>P</sub> /negative Affekte <sub>T</sub>	-.64*	-.55*	-.76*

Spearman-Korrelationen, \*  $p < .05$ , +  $p < .10$

% „Leitaffekt<sub>T</sub>“ relative Häufigkeit des Leitaffekts

Echte Freude<sub>P</sub>/negative Affekte<sub>T</sub> Verhältnis von Expressionen echter Freude des Patienten und negativer Affekte der Therapeuten

Freudeexpressionen. Gleichzeitig fand sich bei dieser Patientin aber auch ein wiederkehrendes Muster aus Ärger gefolgt von Angst, was sich direkt mit ihrem Kern-Konflikt in Verbindung bringen lässt. Für weitere Einzelfallanalysen siehe Merten et al. (1996), Merten (2000), Benecke et al. (2000), Benecke (2000), Dreher et al. (2000).

Tabelle 2 zeigt die Korrelationen zwischen verschiedenen Charakteristiken der affektiven Muster in den elf Behandlungen und dem Behandlungserfolg. Ein zentrales Ergebnis ist, dass sowohl die Häufigkeit von dyadischen affektiven Mustern also auch die maximale Komplexität der Muster negativ mit dem Behandlungserfolg aus allen drei Perspektiven korreliert.

Eine spezifische Subkategorie affektiver Muster ist das simultane Zeigen von Freudeexpressionen beider Interaktionspartner. Die Häufigkeit dieses Musters korreliert ebenfalls negativ mit dem Behandlungserfolg, hier aus der Perspektive des Therapeuten.

Darüber hinaus fanden wir einen umgekehrt u-förmigen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit gemeinsamem Lächelns, bei welchem der Therapeut beginnt, und den Erfolgseinschätzungen der Therapeuten, d.h. Behandlungen, in denen der Therapeut gar nicht kein oder aber sehr oft den Patienten zum Lächeln animiert, wurden als wenig erfolgreich eingestuft, Behandlungen mit einer mittleren Anzahl dieser Muster als erfolgreich.

Zusammenfassend kann aus diesen Ergebnissen geschlossen werden, dass eine therapeutisch nicht hilfreiche Implementierung von maladaptiven Beziehungsmustern im Allgemeinen durch das häufige Auftreten dyadischer affektiver Muster und durch hohe Komplexität dieser Muster angezeigt wird.

Wird der Therapeut in das maladaptive Beziehungsmuster des Patienten hineingezogen und findet keinen „Ausstieg“, dann wird das Muster in der Therapiebeziehung wiederholt und verstärkt. Diese aus der klinischen Arbeit bekannte Annahme fand sich durch unseren Analysen bestätigt: In den erfolgreichen Behandlungen zeigt sich ein Ansteigen von Konflikt-Indikatoren bis zu einem bestimmten Punkt in der Behandlung; diese verringern sich dann in den späteren Stunden. In den wenig erfolgreichen Behandlungen fand sich die hohe Komplexität der dyadischen affektiven Muster und die große Anzahl der Muster auch noch in den letzten Sitzungen. Hier blieben die Therapeuten in den interaktiven Mustern verstrickt, sei es, weil sie die Muster nicht erkannt haben und/oder ihnen keine Lösung aus diesen Verstrickungen möglich war.

## Zusammenfassung und Diskussion

Die Persistenz psychischer Störungen ist verbunden mit einer erfolgreichen unbewussten Implementierung maladaptiver Beziehungsmuster in Alltagsinteraktionen. Eine solche Implementierung ist als ein dyadischer Interaktionsprozess, zu dem beide Interaktionspartner mit ihrem Verhalten beitragen, zu verstehen.

Interaktionen zwischen gesunden Gesprächspartnern zeichnen sich durch mehr positive mimisch-affektive Zeichen aus, während Interaktionen zwischen einer psychisch kranken Person, mit herabgesetzter Mantalisierungsfähigkeit, und einem Gesunden durch das Hervorstechen eines negativen „Leitaffekts“ bei beiden Partnern charakterisiert werden.

Psychotherapeutische Interaktionen unterscheiden sich von Alltagsinteraktionen in der Hinsicht, dass es nicht zu solchen Anpassungsphänomenen kommt. Erfahrene Therapeuten verschiedenster Schulrichtungen sind emotional abstinente, zumindest was ihr mimisch-affektives Verhalten angeht. Emotionsspezifische Unterschiede wurden bei den distanzregulierenden Affekten wie Freude, Verachtung und Ekel gefunden, welche seltener gezeigt werden, und bei den informationsverarbeitenden Affekten wie Überraschung und Angst, welche häufiger gezeigt werden, als in Alltagsinteraktionen. Letzteres zeigt an, dass in Psychotherapien die Assimilation von neuen Erfahrungen ein große Bedeutung hat, wobei die Informationsverarbeitung gewöhnlich durch Angst und die daraufhin folgende Abwehr behindert wird.

Die Reduktion der Freudeexpressionen in den Psychotherapien geht nicht ausschließlich auf die Erkrankung der Patienten zurück, sondern kann als Ausdruck einer emotionalen Abstinenz bei den meisten Therapeuten verstanden werden. In den dyadischen affektiven Mustern spiegelt sich die therapeutische Beziehung respektive die Implementierung von maladaptiven Beziehungsmustern und entsprechend stellen Charakteristiken dieser Muster bedeutungsvolle Prädiktoren des Behandlungsergebnisses dar.

Der „Leitaffekt“ der Patienten in den ersten Sitzungen hingegen korreliert nicht mit dem Behandlungsergebnis, auch keine anderen monadischen Maße des Patientenverhaltens. Überraschenderweise sind die dyadischen Maße und das mimisch-affektive Verhalten der Therapeuten weit besser geeignet, den Behandlungsverlauf zu prognostizieren. Das Verhalten von Therapeuten in erfolgreichen Behandlungen ist charak-

**Tabelle 2.** Korrelationen zwischen affektiven Mikro-Mustern und Behandlungserfolg

Prädiktor	Erfolgseinschätzung		
	Therapeut	Patient	Kombiniert
Maximale Komplexität der Muster	-,69*	-,43	-,68*
Anzahl dyadischer Muster	-,58*	-,81*	-,75*
Simultane Freudeexpressionen	-,63*		

Spearman-Korrelationen, \*  $p < ,05$ , \*  $p < ,10$

terisiert durch das Fehlen eines dominierenden Leitaffektes. Anders herum formuliert könnte man sagen: therapeutisches Scheitern hängt mit dem Verlust der Variabilität des affektiven Regulierungssystems des Therapeuten zusammen.

Unsere Ergebnisse bezüglich des mimisch-affektiven Verhaltens von Patienten und Therapeuten, dessen Bedeutung für die therapeutische Beziehung und des Zusammenhangs zum Behandlungsergebnis können folgendermaßen zusammengefasst werden: Eine differenzierte negative affektive Expressivität der Therapeuten scheint eine notwendige Bedingung für einen erfolgreichen Verlauf in problem-orientierten Psychotherapien zu sein.

Diese negativen Affekte können verschiedene Funktionen haben. Sie können unmittelbare Reaktionen auf den Patienten bzw. dessen Verhalten darstellen, sie können sich aber auch auf Objekte und Geschehnisse im mentalen Feld, über das sich beide verbal verständigen, beziehen. In beiden Fällen repräsentieren die negativen Affekte der Therapeuten wichtige Startpunkte für das Verstehen der Patientenproblematik, welche sich um emotionale Konflikte mit anderen, mit sich selbst und/oder dem Therapeuten zentrieren.

Die Implementierungen maladaptiver Beziehungsmuster erkennt man an der hohen Anzahl dyadischer affektiver Muster und der hohen Komplexität dieser. Obwohl ein gewisses Maß solcher Muster in allen Interaktionen anzutreffen ist und dies wohl auch notwendig für eine stabile, gute Beziehung ist, indiziert eine hohe Anzahl und hohe Komplexität solcher Muster in Psychotherapien, insbesondere wenn sie sich im Verlauf nicht auflösen, dass sich der Therapeut in die Beziehungsdynamik des Patienten in konflikthafter Weise verstrickt hat und sich nicht aus dieser Verstrickung lösen kann. Eine hohe Anzahl von Freudesynchronisierungen ist mit schlechten Behandlungsergebnis verbunden, gleichwohl ist ein gewisses Ausmaß dieser Art positiver Reziprozität für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer positiven affektiven Therapiebeziehung notwendig. Den Therapeuten in den erfolgreichen Behandlungen gelang die Balance zwischen der Etablierung dieser positiven Bindung einerseits und dem Raumgeben der negativen Affekte andererseits. Ein Dominieren von Freudesignalen auf Seiten der Patienten dient ebenfalls der Implementierung eines spezifischen Beziehungsmusters, mit dem in der Therapie gearbeitet werden muss. Die erfolgreichen Therapeuten taten dies in kompensatorischer Weise. Die Therapeuten in den weniger erfolgreichen Behandlungen gingen auf dieses Beziehungsangebot ein, indem sie ebenfalls viel lächelten, wodurch dann beide an der Vermeidung der negativen Aspekte der Beziehung ihren Anteil hatten.

Das Konzept des „Leitaffekts“ und die hieraus abgeleiteten Verhaltensmaße integrieren einen Großteil dieser Überlegungen zur hilfreichen therapeutischen Beziehung. Mit einem ausgeprägten positiven Leitaffekt der Therapeuten entspricht die therapeutische Beziehung eher einer guten Alltagsbeziehung zwischen zwei Gesunden und ist damit für die nachhaltige Bearbeitung von psychischen Konflikten aber ungeeignet. Andererseits kann ein ausgeprägter negativer Leitaffekt auf Sei-

ten der Therapeuten die Patienten in ihrer Verarbeitungskapazität überwältigen und die Entwicklung einer positiven therapeutischen Beziehung verunmöglichen. Entsprechend reflektiert das mimisch-affektive Interaktionsverhalten von Therapeuten in erfolgreichen Behandlung eine interaktive Balance zwischen dem Eingehen auch auf negative affektive Angebote und dem gleichzeitigen Erhalt einer positiv getönten Bindung.

## Literatur

- Bänninger-Huber E (1992) Prototypical affective microsequences in psychotherapeutic interaction. *Psychotherapy Research*: 291–306
- Bänninger-Huber E (1996) Mimik – Übertragung – Interaktion. Die Untersuchung affektiver Prozesse in der Psychotherapie. Facial expression, transference, interaction. The investigation of affective processes in psychotherapy. Huber, Bern
- Barker SL, Funk SD, Houston BK (1988) Psychological treatment versus non-specific factors: a meta-analysis of conditions that engender comparable expectations for improvement. *Clin Psychol Rev* 78: 579–594
- Barrington BL (1961) Prediction from counselor behavior of client perception and of case outcome. *Journal of Counseling Psychology* 8: 37–42
- Benecke C (2000) Mimischer Affektausdruck und Sprachinhalt im psychotherapeutischen Prozess. Dissertation, Universität des Saarlandes
- Benecke C, Krause R, Merten J (2000) On the constitution of the intersubjective field. *European Journal of Psychotherapy* (in press)
- Bowers TG, Clum GA (1988) Relative contribution of specific and nonspecific treatment effects: meta-analysis of placebo-controlled behavior therapy research. *Psychol Bull* 103: 315–323
- Buckley P, Karasu TB, Charles E (1981) Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 18: 299–305
- Collins JF, Ellsworth RB, Casey NA, Hyer L, Hickey RH, Schoonover RA, Twemlow SW, Nesselroade JR (1985) Treatment characteristics of psychiatric programs that correlate with patient community adjustment. *J Clin Psychol* 41: 299–308
- Dreher M, Mengele U, Krause R, Kämmerer A (2000) Affective indicators of the psychotherapeutic process. An empirical case-study. *Psychtherapy Research* (accepted for publication)
- Fonagy P (1991) Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal* 72: 639–656
- Fonagy P, Target M (1998) Mentalization & changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues* 8: 87–114
- Friesen WV, Ekman P (1984) EMFACS-7; Emotional facial action coding system (unpublished manual)
- Frijda NH (1986) *The emotions*. University Press, Cambridge
- Gaston L (1990) The concept of the alliance and its role in psychotherapy. *Psychotherapy* 27: 143–153
- Grawe K (1989) A comparison of the intercorrelations between input, process and outcome variables of the Generic Model for different forms of psychotherapy. Paper presented at the 20th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research.
- Grawe K (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* 3: 132–162
- Grawe K, Ambühl H (1990) Themenheft: Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich [Topical issue: Differential psychotherapy research: comparative evaluation of four forms of therapy]. *Zeitschrift für klinische Psychologie*: 292–376



- Henry H, Strupp W, Schacht T, Gaston L (1994) Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: Garfield S, Bergin L, Allen E (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 467–508
- Horowitz J (1997) *Formulation as a basis for planning psychotherapy treatment*. American Psychiatric Press, Washington DC London
- Hufnagel H, Krause R, Steimer-Krause E, Wagner G (1993) Facial expression and introspection within different groups of mental disturbances. In: Pennebaker JW, Traue HC (eds) *Emotion, inhibition and health*. Huber & Hogrefe, Göttingen, pp 164–178
- Kazdin AE (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. John Wiley & Sons, New York, pp 19–71
- Krause R (1982) A social psychological approach to the study of stuttering. In: Fraser C, Scherer KR (eds) *Advances in the social psychology of language*. University Press, Cambridge, pp 77–122
- Krause R (1990) Psychodynamik der Emotionsstörungen. In: Scherer KR (Hrsg) *Psychologie der Emotionen*. Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich C, Theorie und Forschung, Serie IV, Motivation und Emotion, Bd 3. Psychologie der Emotion. Hogrefe, Göttingen, S 630–705
- Krause R (1997) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 1. Grundlagen*. Kohlhammer, Stuttgart
- Krause R (1998) *Allgemeine psychoanalytische Krankheitslehre, Bd 2. Modelle*. Kohlhammer, Stuttgart
- Krause R, Steimer-Krause E, Merten J, Ullrich B (1998) Dyadic interaction regulation, emotion and psychopathology. In: Flack W, Laird J (eds) *Emotions and psychopathology: theory and research*. University Press, Oxford
- Krause R, Merten J (1999) Affects, regulation of relationship, transference and countertransference. *International Forum of Psychoanalysis* 8: 103–114
- Luborsky L (1977) Measuring a pervasive structure in psychotherapy: the core conflictual relationship theme method. In: Freedman N, Grand N (eds) *Communicative structures and psychic structures*. Plenum Press, New York, pp 367–395
- Magnusson MS (1996) Hidden real-time patterns in intra- and inter-individual behavior: description and detection. *European Journal of Psychological Assessment* 12/2: 112–123
- Merten J (1996) Affekte und die Regulation nonverbalen, interaktiven Verhaltens (Affects and the regulation of nonverbal, interactive behavior). (Strukturelle Aspekte mimisch-affektiven Verhaltens und die Integration von Affekten in Regulationsmodelle). Peter Lang, Bern
- Merten J (1997) Facial-affective behavior, mutual gaze and emotional experience in dyadic interactions. *Journal of Nonverbal Behavior* 21/3: 179–201
- Merten J (2000) *Beziehungsregulation in Psychotherapien. Maladaptive Beziehungsmuster, die therapeutische Beziehung und der therapeutische Prozeß*. Habilitationsschrift an der Universität des Saarlandes (Kohlhammer, 2001)
- Merten J, Ullrich B, Anstadt T, Krause R, Buchheim P (1996) Emotional experiencing and facial expression in the psychotherapeutic-process and its relation to treatment outcome. A pilot-study. *Psychotherapy Research* 6/3
- Minsel W-R, Bommert H, Pieritz R (1972) Beziehungen zwischen sprach-formalen Psychotherapeuten-Merkmalen und dem Erfolg von klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie [Relationship between formal speech characteristics of psychotherapists and the success of client-centered psychotherapy]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*: 303–310
- Moos RH (1974) *Evaluating treatment environments: a social ecological approach*. John Wiley, New York
- Neimeyer RA, Harter S, Alexander PC (1991) Group perceptions as predictors of outcome in the treatment of incest survivors. *Psychotherapy Research*: 149–157
- Ogden TH (1988) On projective identification. *Int J Psychoanal* 60: 357–373
- Orlinsky D, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: Garfield S, Bergin L, Allen E (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. John Wiley & Sons, New York, pp 270–376
- Patterson ML (1991) A functional approach to nonverbal exchange. In: Feldman R, Rime SB (eds) *Fundamentals of nonverbal behavior*. Cambridge University Press, New York Port Chester Melbourne Sydney, pp 458–495
- Porder MS (1991) Projective identification: an alternative hypothesis. *Psychoanalytic Quarterly* 56: 431–451
- Roshal JG (1953) The type-token ratio as a measure of changes in behavior variability during psychotherapy. In: Snyder WU (ed) *Group report of a program of research in psychology*. Pennsylvania State College Press, State College, PA
- Rudolf G (1991) *Die therapeutische Arbeitsbeziehung. Untersuchungen zum Zustandekommen, Verlauf und Ergebnis analytischer Psychotherapien*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Rudy JP, McLemore CW, Gorsuch RL (1985) Interpersonal behavior and therapeutic progress [Therapists and clients rate themselves and each other]. *Psychiatry* 48: 264–281
- Sachse R (1992) Determinants of success in goal-oriented client-centered psychotherapy [There are no successful clients but only successful teams]. *Psychotherapy Research*
- Saunders SM, Howard KI, Orlinsky DE (1989) The therapeutic bond scales: psychometric characteristics and relationships to treatment effectiveness. *Psychol Assess*: 323–330
- Schindler L (1991) *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozessforschung in der Verhaltenstherapie (The empirical analysis of the therapeutic relation: contributions to process research in behavior therapy)*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- Schulz S (2000) *Affektive Indikatoren struktureller Störungen*. Dissertation, Universität des Saarlandes
- Schwab F, Krause R (1994) Affektives Ausdrucksverhalten gesunder und an Colitis erkrankter männlicher und weiblicher Erwachsener. *Zeitschrift für Psychotherapie und Psychosomatik* 44: 308–315
- Schwab F, Merten J, Krause R (1997) Expressiveness in dyadic communication. In: Vingerhoets A, van Bussel F, Boelhouwer J (eds) *The (non) expression of emotions in health and disease*. Tilburg University Press, pp 211–221
- Steimer-Krause E (1996) *Übertragung, Affekt und Beziehung (Theorie und Analyse nonverbaler Interaktionen schizophrener Patienten)*. Peter Lang, Bern
- Steimer-Krause E, Krause R, Wagner G (1990) Interaction regulations used by schizophrenic and psychosomatic patients. Studies on facial behavior in dyadic interactions. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 53: 209–228
- Stiles WB, Flores AL, Twomey HB, Surko M, Wanicur E, Honos-Webb L (1994) The state of the art: review. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. John Wiley & Sons, New York (Clinical Psychology: Science and Practice 1: 104–108)
- Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977) *Psychotherapy for better or worse: the problem of negative affects*. Jason Aronson, New York
- Strupp HH, Binder JL (1984) *Kurzpsychotherapie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- Wallbott HG (1982) *Bewegungsstil und Bewegungsqualität: Untersuchungen zum Ausdruck und Eindruck gestischen Verhaltens in Zusammenhang mit psychopathologischen Störungen*. Dissertation, Universität Gießen

**Korrespondenz:** Dr. phil. Jörg Merten, Lehrstuhl Klinische Psychologie, Fachrichtung Psychologie, Universität des Saarlandes, Im Stadtwald, D-66123 Saarbrücken, Bundesrepublik Deutschland.

*PD Dr. phil. Jörg Merten. Nach dem Abschluss des Studiums der Psychologie am 31. 3. 1988 mit einer Diplomarbeit zum Thema „Kinetisches Verhalten von Schizophrenen und ihren Gesprächspartnern“ arbeitet PD Dr. phil. Jörg Merten als wissenschaftlicher Mitarbeiter bzw. wissenschaftlicher Assistent am Lehrstuhl Prof. Dr. R. Krause an der Universität des Saarlandes. Den Schwerpunkt der Forschungsarbeiten stellt die Analyse des verbalen, paraverbalen und nonverbalen emotionalen Verhaltens von Patienten mit unterschiedlichen Störungsbildern in Alltagssituationen und Psychotherapien dar. Der Forschungsschwerpunkt schlägt sich auch in der Mitarbeit an mehreren Forschungsprojekten zum interaktiven Verhalten nieder (DFG-Projekte „Interaktives Verhalten von Schizophrenen“, „Ausdruck und Erleben von Patienten mit psychosomatischen Beschwerden“, „Multikanale Psychotherapie-Prozess-Forschung“). Jörg Merten promovierte am 17. 2. 1995 mit summa cum laude zum Thema „Affekte und die Regulation nonverbalen, interaktiven Verhaltens“. Am 17. 7. 1977 wurde ihm der Dr. Eduard Martin-Preis für hervorragende wissenschaftliche Leistungen im Rahmen der Promotion verliehen. Er ist Mitglied der International Society for Research on Emotion ISRE und habilitierte am 5. 7. 2000 zum Thema „Beziehungsregulation in Psychotherapien“.*

*Dipl.-Psych. Cord Benecke ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität des Saarlandes und leitet zur Zeit ein DFG-Projekt zum Thema Beziehungsregulation in Psychotherapien mit Angstpatientinnen.*