

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 22

Schwerpunkt: Epidemie und Emotion

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Marina Hilber,
Carlos Watzka

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2023

Creative Commons License: CC BY 4.0



Henriette Löffler-Stastka

Zur Akzeptanz von Begrenzung und der komplexen Funktion der Affekte

English Title

On the acceptance of limitation and the function of affect

Summary

In times of uncertainty, epistemic trust is deeply afflicted. Affective holding, reflection and mentalized affectivity are necessary for containment of affect-cognitive disruptions. The mind's ability to interact, assess the external world's reality, and integrate new experiences into existing conceptions is determined by the affective load the respective interplay assigned. Gaining a picture of the world at an acceptable reliability level requires a curious mind and openness for a discursive dispute with encountered findings. The acceptance of boundaries and limitations is essential in this context.

Keywords

Contagion, post-normal societal state, affect-logical interface, epistemic trust

Einleitung

Die SARS-CoV-2-Pandemie war von sozialer Distanzierung und Exklusion in den Lockdown-Phasen, Informationsüberflutung und komplexen Verarbeitungsprozessen geprägt. Kommunikationsprozesse wurden mit dem Schlagwort „Infodemics“¹ markiert. Während der Pandemie konnten auf gesellschaftlicher Ebene Phänomene, wie beispielsweise die Verbreitung von Fake News, beobachtet werden, die zum Nachdenken über die Mechanismen der massiven Beein-

1 WORLD HEALTH ORGANIZATION, Infodemic, https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1 (letzter Zugriff: 18.3.2022).

* Article accepted for publication after internal review by the journal editors.

flussung der Bevölkerung veranlassen. Die Autorität und die Geschwindigkeit der Verbreitung dieser Art von Informationen erstaunen. Der Einfluss auf Entscheidungsträger, der offene, oft affektgeladene Ausdruck ohne Kritik in sozialen Netzwerken, die Definition von „Wahrheit“, die soziale Glaubwürdigkeit und die Beziehung zur virtuellen Realität sind in diesem Zusammenhang diskutierenswert. Somit stellt sich auch die Frage, ob basales Vertrauen in eine Person als sichere Informationsquelle, i. e. epistemisches Vertrauen verloren ging?

Auf individueller Ebene rückten jene Phänomene der Krankheitsverarbeitung in den Vordergrund, die zur Bewältigung chronischer Krankheiten und unsicherer Situationen üblich und bekannt sind: beispielsweise der Rückzug (Regression) auf bekannte, entwicklungspsychologisch gesehen frühere psychostrukturelle Funktionsniveaus oder der Rückgriff auf basale Abwehrmechanismen. Diesbezüglich sind biomedizinische Wissens- und Verständnis-Aspekte bei Patient*innen mit chronischen Erkrankungen und Belastungen, als welche auch eine länger anhaltende Epidemie aufgefasst werden kann, gut ausgebildet, das öffentliche Verständnis der psychischen, sozialen und kulturellen Dimensionen von Krankheit und Gesundheit bleibt jedoch oft vage. Ein Grund für die Non-Adhärenz bei Menschen mit chronischen Erkrankungen ist, dass Patient*innen ihre Krankheit, ihre Behandlung und ihre Rolle im Behandlungsplan individuell sehr unterschiedlich auffassen. Krankheitsverarbeitungsprozesse sind von persönlichen Überzeugungen oder den Auswirkungen auf das tägliche Leben abhängig.² Darüber hinaus besteht ein enger Zusammenhang zwischen Krankheitswahrnehmung und affektkognitiven Parametern.³

Epistemisches Vertrauen und Affekte

Unbewusste affektiv-kognitive Phänomene beeinflussen die Entscheidungsfindung, Entwicklung von Einstellungen, Problemlösung und Kreativität. Unbewusste Prozesse äußern sich nonverbal (z. B. Mimik), in Verhaltensweisen und Körpersprache.⁴ Um eine Reihe komplexer Aspekte der Behandlungsbeziehung zu verstehen, müssen verschiedene Interaktionsvariablen (Affektregulation, Objektbeziehungsqualität, psychische Struktur, Therapeutenaktivität, Gegenübertragung, etc.) berücksichtigt werden. Das beziehungsgenerierende Zusammenspiel und die aktive Wahrnehmung des mimisch-affektiven Verhaltens der Patient*innen durch Ärzt*innen/Therapeut*innen in der Erstkonsultation korreliert stark mit Adhärenz und Behandlungserfolg.⁵ Der Erfolg therapeutischer Interventionen hängt stark von der Fähigkeit der Behandler*in

-
- 2 M. Garça PEREIRA / Susana PEDRAS / Gabriela FERREIRA, Self-Reported Adherence to Foot Care in Type 2 Diabetes Patients. Do Illness Representations and Distress Matter?, in: *Primary Health Care Research & Development* 20 (2018), 1–8, <https://doi.org/10.1017/S1463423618000531>.
 - 3 Astrid BOCK / Eva HUBER / Cord BENECKE, Levels of Structural Integration and Facial Expressions of Negative Emotions, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 62/3 (2016), 224–238, <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.3.224>.
 - 4 Jasper FEYAERTS / Stijn VANHEULE, Expression and the Unconscious, in: *Frontiers in Psychology* 12/8 (2017), 2162, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02162>.
 - 5 Tedra F. CLARK / Piotr WINKIELMAN / Daniel N. MCINTOSH, Autism and the Extraction of Emotion from Briefly Presented Facial Expressions. Stumbling at the First Step of Empathy, in: *Emotion* 8/6 (2008), 803–809, <https://doi.org/10.1037/a0014124>.

ab, kongruent zu reagieren, indem unbewusste Prozesse (subliminale Mikroausdrücke) angesprochen werden.⁶

Zur Stärkung der Behandlungsbeziehung

Die therapeutische Beziehung als Interaktion ist als wesentlicher Wirkfaktor für erfolgreiche Behandlungen bekannt,⁷ sie erklärt etwa 30 Prozent der Varianz des Behandlungserfolges. Interaktion wird als „wechselseitige Aktion oder Beeinflussung“⁸ definiert, soziale Interaktion als eine verbale und nonverbale, bewusste und unbewusste Beziehung zueinander. Soziale Interaktion umfasst somit auch die unbewusste Dimension der Interaktion und damit der Beziehungsgestaltung. Bei der Entwicklung von Beziehungen können drei – interdependente – Hauptaspekte der sozialen Interaktion unterschieden werden:

- a. Biologische und kulturelle Aspekte: Sprache, Ausdruck von Emotionen, Affektwahrnehmung und -rezeption, soziale Normen und Konventionen, Rollenerwartungen
- b. Verbale und nonverbale Aspekte: Sprechakte, Sprechdauer, Intonation, Stimmunterbrechung, Redefluss, Gesprächsbeginn und -ende, aber auch Aussehen, Hygiene, Geruch, Haare, Kleidung, Mimik, Gestik und Körpersprache und
- c. Wahrnehmung und Interpretation: Primäre und sekundäre Sozialisation (familiärer Hintergrund, Bildung, Erziehung, Geschlecht, Alter, bewusste und unbewusste Werte) und daraus resultierende Erwartungen an Interaktionspartner*innen in bestimmten Situationen.

Die Bedeutung der nonverbalen Kommunikation ist in der Psychotherapieforschung seit langem bekannt.⁹ Studien zeigen, dass 60 bis 80 Prozent der gesamten Kommunikation (in der Behandlung) nonverbal verläuft.¹⁰ Viele nonverbale Vorgänge sind unbewusst und können den affektiven und psychischen Zustand der Patient*innen oft auf eine eindringlichere Weise vermitteln als verbale Kommunikation.¹¹

6 Felicitas DATZ / Guoruey WONG / Henriette LÖFFLER-STASTKA, Interpretation and Working through Contemptuous Facial Micro-Expressions Benefits the Patient-Therapist Relationship, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16/24 (2019), 4901, <https://doi.org/10.3390/ijerph16244901>.

7 Michael J. LAMBERT, Hg., *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (New York 2021).

8 OXFORD ENGLISH DICTIONARY, <https://www.oed.com/> (letzter Zugriff: 13.12.2022).

9 Paul EKMAN / Wallace V. FRIESEN, Nonverbal Behavior in Psychotherapy Research, in: John Shlien Hg., *Research in Psychotherapy* 3 (Washington DC 1968), 179–216.

10 Marcus RASTING / Manfred E. BEUTEL, Dyadic Affective Interactive Patterns in the Intake Interview as a Predictor of Outcome, in: *Psychotherapy Research* 15/3 (2005), 188–198, <https://doi.org/10.1080/10503300512331335039>. Vgl. auch: Judee K. BURGOON / Laura K. GUERRERO / Kory FLOYD, *Nonverbal Communication* (Boston 2010).

11 Pierre PHILIPPOT / Robert S. FELDMAN / Erik J. COATS, The Role of Nonverbal Behavior in Clinical Settings. Introduction and Overview, in: Pierre Philippot / Rober S. Feldman / Erik J. Coats, Hg., *Series in Affective Science. Nonverbal Behavior in Clinical Settings* (Oxford 2003), 3–13.

Aufgrund ihrer guten Messbarkeit konzentrieren sich mehrere Studien auf die Mimik und ihre Bedeutung in der (psychotherapeutischen) Behandlung.¹² Eva Bänninger-Huber¹³ zeigte, wie wichtig das gleichzeitige Lächeln von Therapeut*in und Patient*in für den Behandlungserfolg ist. Jörg Merten und Cord Benecke konnten zeigen, dass die mimische Synchronizität von Therapeut*in und Patient*in in engem Zusammenhang mit dem Therapieergebnis steht.¹⁴ Es besteht ein großer Einfluss von nonverbalen Faktoren auf die therapeutische Beziehung, die Zusammenhänge zwischen nonverbaler Synchronisation und Behandlungsergebnis sind mehrmals berichtet.¹⁵ Unbewusste Interaktionsmuster werden durch nonverbale Signale umgesetzt. Wenn Therapeut*innen problematischen Formen von Beziehungsangeboten verbal und nonverbal entgegneten und entgegenwirken, kann eine Fortführung pathologischer Beziehungsmuster verhindert werden, wodurch sich der Behandlungserfolg erhöhen kann.¹⁶ Je höher die affektive Kompetenz der Therapeut*innen ist, desto höher ist der Behandlungserfolg.¹⁷ Folglich konnte gezeigt werden, dass das faziale affektive Verhalten ein guter Indikator für die Beziehungsbalance in erfolgreichen Therapien ist.¹⁸

Wie schon diskutiert wurde, wird ein Großteil der Mimik unbewusst geäußert und rezipiert.¹⁹ Diese Befunde sind zum einen ein Plädoyer für eine umfassende Verankerung von nonverbalem und mimischem Verhalten in der Interventionsforschung. Andererseits erlauben diese Ergebnisse die Umkehrung des Arguments, dass mimisches Verhalten auf unbewusste

-
- 12 Siehe dazu: Nalini AMBADY u. a., Physical Therapists' Nonverbal Communication Predicts Geriatric Patients' Health Outcomes, in: *Psychological Aging* 17 (2020), 443–452; vgl. auch Kenneth M. PRKACHIN / Izabela Z. SCHULTZ / Elizabeth HUGHES, Pain Behavior and the Development of Pain-Related Disability. The Importance of Guarding, in: *The Clinical Journal of Pain* 23 (2007), 270–277 sowie Alfonso TROISI / Enrico POMPILLI / Luigi BINELLO u. a., Facial Expressivity during the Clinical Interview as a Predictor of Functional Disability in Schizophrenia. A Pilot Study, in: *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 31/2 (2007), 475–481, <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.11.016>.
 - 13 EVA BÄNNINGER-HUBER, „Wunderwaffe Lächeln“, in: *Unimagazin der Universität Innsbruck* 10 (2007), 16 und EVA BÄNNINGER-HUBER / Doris PEHAM, Issues, Opportunities and Challenges in Facial Expression Research (Summary [on Round Table]), in: Eva Bänninger-Huber / Doris Peham, Hg., *Current and Future Perspectives in Facial Expression Research. Topics and Methodological Questions. Proceedings of the International Meeting at the Institute of Psychology, University of Innsbruck/Austria (Innsbruck 2009)*, 99–114.
 - 14 Jörg MERTEN / Cord BENECKE, Maladaptive Beziehungsmuster im therapeutischen Prozess, in: *Psychotherapie Forum* 9/1 (2001), 30–39.
 - 15 Fabian RAMSEYER / Wolfgang TSCHACHER, Nonverbal Synchrony in Psychotherapy. Coordinated Body Movement Reflects Relationship Quality and Outcome, in: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 79/3 (2011), 284–295.
 - 16 Felicitas DATZ u. a., Dimensions of Activity in Countertransference and Therapist Reactions. Therapist Reaction During Sessions with Depressed Patients, in: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 62/4 (2016), 322–335, <https://doi.org/10.13109/zptm.2016.62.4.322>.
 - 17 MERTEN / BENECKE, Beziehungsmuster, 30–39 sowie Cord BENECKE / Doris PEHAM / Eva BÄNNINGER-HUBER, Nonverbal Relationship Regulation in Psychotherapy, in: *Psychotherapy Research* 15/1–2 (2005), 81–90, <https://doi.org/10.1080/10503300512331327065>.
 - 18 Jörg MERTEN / Rainer KRAUSE, What Makes Good Therapists Fail?, in: Pierre Philippot / Robert S. Feldman / Erik J. Coats, Hg., *Nonverbal Behavior in Clinical Settings (Oxford 2003)*, 2–17.
 - 19 Jörg MERTEN, Facial Microbehavior and the Emotional Quality of the Therapeutic Relationship, in: *Psychotherapy Research* 15/3 (2005), 325–333, <https://doi.org/10.1080/10503300512331327065>; vgl. auch: MERTEN / KRAUSE, What Makes Good Therapists Fail?, 2–17 und Claudia GEBHARDT / Johannes ZIMMERMANN / Doris PEHAM, Written on the Face. Self- and Expert-Rated Impairments in Personality Functioning are Differently Related to the Expression of Disgust Toward the Interviewer, in: *Journal of Personality Disorder* 30/3 (2016), 408–418, https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_199.

Dimensionen der Interaktion hindeutet. Daher ist es in der Psychotherapieforschung unerlässlich, das affektive Verhalten des Gesichts während der Sitzungen zu untersuchen, um einen Zugang zu unbewussten Prozessen in der therapeutischen Interaktion zu finden.

Sogenannte Mikroexpressionen²⁰ sind Gesichtsausdrücke, die nur eine viertel bis halbe Sekunde andauern und somit entweder als unterdrückter oder unbewusster Ausdruck von Affekten verstanden werden können.²¹ Dementsprechend deutet das Auftreten von Mikroausdrücken auf ein unbewusstes Ereignis oder einen unbewussten Prozess hin. Ulf Dimberg und seine Co-Autor*innen²² konnten zeigen, dass sowohl sogenannte positive als auch negative affektive Reaktionen unbewusst hervorgerufen werden können. Insbesondere bei wichtigen Aspekten der affektiven Face-to-Face-Kommunikation fanden sie eine große Bedeutung unbewusster Handlungsabläufe.

In Anlehnung an Joseph und Anne-Marie Sandler²³ konzeptualisierte Rainer Krause²⁴ diese Mikroprozesse als präsenten Unbewussten, das biographisch-dynamische Formen unbewusster Konflikte darstellt. Weiter stellen die Autor*innen fest, dass die therapeutische Bearbeitung des dynamischen Unbewussten nur durch seine Manifestation im Hier und Jetzt möglich ist. Um die möglichen Zusammenhänge von affektiven Mikroausdrucksprozessen mit Sprach- und Denkprozessen zu untersuchen, untersuchte Benecke²⁵ kognitiv-linguistische Kontexte von mikroaffektiven Phänomenen. Im Gegensatz zu üblichen Untersuchungen überprüfte der Autor die mimisch-affektiven Prozesse im Hinblick auf das Vorhandensein oder Fehlen gleichzeitiger sprachlich-kognitiver Prozesse. Grundlage dieses Ansatzes war die Beobachtung, dass in einigen Therapien, die auf Videoband aufgezeichnet wurden, Sitzungen mit einer hohen nonverbalen Mikroaffektivität als relevant verändernd eingestuft wurden.²⁶ Wenn die sprachlosen Formen des affektiven Ausdrucks nicht adäquat erfasst werden, können Zusammenhänge zwischen Kognition und Affekt auseinanderbrechen. Zeiten des Schweigens zum Beispiel sind oft mit intensiven Übertragungsproblematiken belastet.²⁷

-
- 20 Ernest A. HAGGARD / Kenneth S. ISAACS, Micro-Momentary Facial Expressions as Indicators of Ego Mechanisms in Psychotherapy, in: Louis A. Gottschalk / Arthur H. Auerbach, Hg., *Methods of Research in Psychotherapy* (New York 1966), 154–165.
- 21 Vgl. Armino FREITAS-MAGALHAES, Facial Expression of Emotion, in: Vilayanur S. Ramachandran, Hg., *Encyclopedia of Human Behavior* (Oxford 2012), 173–183 und auch RASTING / BEUTEL, Dyadic Affective Interactive Patterns.
- 22 Ulf DIMBERG / Monik THUNBERG / Kurt ELMEHED, Unconscious Facial Reactions to Emotional Facial Expressions, in: *Psychological Science* 11/1 (2000), 86–89.
- 23 Joseph SANDLER / Anne-Marie SANDLER, Comments on the Conceptualisation of Clinical Facts in Psychoanalysis, in: *International Journal of Psychoanalysis* 75 (1994), 995–1010.
- 24 Rainer KRAUSE, Was ist unbewusst an affektiven Prozessen?, in: Förderverein Gruppentherapie e.V., Hg., *Arbeitshefte Gruppenanalyse. Unbekannte Gedanken – Ungeahnte Gefühle* (Münster 2003), 73–90 und DERS., Verachtung, Ekel und Ärger des Therapeuten. Die politisch unkorrekten Gefühle, in: Otto Kernberg / Birger Dulz / Jochen Eckert, Hg., *Wir. Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen Beruf“* (Stuttgart 2005), 102–115.
- 25 Cord BENECKE, Emotionsregulierung bei psychischen Störungen und in der Psychotherapie, in: *TLP-News – Zeitschrift des Tiroler Landesverbands Psychotherapie I* (2008), 6–13.
- 26 Thomas ANSTADT u. a., Affective Dyadic Behavior, Core Conflictual Relationship Themes, and Success of Treatment, in: *Psychotherapy Research* 7/4 (1997), 397–417.
- 27 Rainer KRAUSE, Afterword. Interaction Regulations Used by Schizophrenic and Psychosomatic Patients, in: Paul Ekman / Erika L. Rosenberg, Hg., *What the Face Reveals. Basic and Applied Studies of Spontaneous Expression Using the Facial Action Coding System (FACS)* (New York–Oxford 1997), 381–385.

Ein grundlegender Aspekt der Erforschung von Affekten ist ihre Universalität. Dies lässt sich damit erklären, dass der Gesichtsausdruck von basalen Emotionen vererbt wird und nicht erlernt werden kann. Dies wurde von Paul Ekman und seinem Team untersucht, indem sie isolierte Stämme untersuchten, die kaum Kontakt zu anderen Menschen hatten und denen daher keine „gemeinsame“ Art des Gefühlsausdrucks beigebracht werden konnte.²⁸ Anschließend haben David Matsumoto und Bob Willingham²⁹ eine sehr berührende Studie über den affektiven Gesichtsausdruck von Athlet*innen bei den Olympischen Spielen durchgeführt und diesen mit dem emotionalen Gesichtsausdruck von Athlet*innen bei den Paralympischen Spielen verglichen. Die dabei gewonnenen Resultate zeigen auf sehr bewegende Weise, dass Sportler*innen, die blind geboren wurden, ihre Freude oder Traurigkeit nach einem Sieg oder einer Niederlage genauso ausdrücken wie sehende Sportler*innen. Dies beweist, dass basale Strukturen des affektiven Gesichtsausdrucks nicht etwas sind, das der Mensch imitiert, sondern dass diese biologisch in uns verwurzelt sind.

Ekman's Forschungen führten ihn dazu, sechs universelle oder grundlegende Emotionen zu unterscheiden und zu benennen: Freude, Überraschung, Wut, Traurigkeit, Angst und Ekel.²⁸ Freude und Überraschung sind positive Affekte, die von Geburt an vorhanden sind, genauso wie Angst und Ekel als negative Spitzenaffekte, die für den Säugling als Notfallsaffekte zu Beginn des Lebens vorhanden sein müssen. Die entsprechenden hirnorganischen Korrelate sind bei Geburt ausreichend ausgereift. In weiteren Arbeiten erhöhte Ekman die Zahl der Grundemotionen auf sieben, als er das Gefühl der Verachtung seiner Liste hinzufügte. Die Aufnahme des sozialisiert negativen Affekts Verachtung war in Angleichung zum sozialisiert negativen Affekt Trauer konzeptualisiert. Um beispielsweise Trauer/Traurigkeit empfinden zu können, sind Objektpermanenz und Objekt Konstanz als wichtige Entwicklungsschritte nötig. Ebenso benötigen entsprechende hirnorganische Funktionen die Vernetzung und Ausbildung von Assoziationsbahnen zu höheren kortikalen Arealen in den ersten Lebensmonaten. Da Verachtung mit der ersten rudimentären (Objekt-)Differenzierung von „innen“ und „außen“ (etwa 4. Lebensmonat), und damit mit primärem Neid in engem Zusammenhang steht, wurde dieser Affekt in die Liste der Grundemotionen mitaufgenommen.

Um die Unersetzlichkeit von Gesichtsausdrücken für den Menschen zu verstehen, ist ein Blick auf die Theorien ihrer vielfältigen und vielschichtigen Funktionen vielversprechend. Folgt man diesem Weg, wie Susanne Kaiser und Thomas Wehrle,³⁰ wird man schnell mit der unbeantworteten Frage konfrontiert, ob Mimik primär in ihrer kommunikativen Funktion oder als Mittel der intrapsychischen Affektregulation dient. In diesem Zusammenhang ist Kaiser und Wehrle zu danken, die in ihrem sehr aktuellen Beitrag „Facial Expressions as Indicators of Appraisal Processes“ einen umfassenden Überblick über Emotionsmodelle und deren Konzeptualisierung von Gesichtsausdrücken geben.³¹

28 Paul EKMAN / Wallace V. FRIESEN, *Manual for the Facial Action Coding System* (Palo Alto 1978).

29 David MATSUMOTO / Bob WILLINGHAM, Spontaneous Facial Expressions of Emotion of Congenitally and Noncongenitally Blind Individuals, in: *Journal of Personality and Social Psychology* 96/1 (2009), 1–10, <https://doi.org/10.1037/a0014037>.

30 Susanne KAISER / Thomas WEHRLE, Facial Expressions as Indicators of Appraisal Processes, in: Klaus R. Scherer / Angela Schorr / Tom Johnstone, Hg., *Appraisal Processes in Emotion. Theory, Methods, Research* (Oxford 2001), 285–300.

31 Siehe dazu auch: Eva BÄNNINGER-HUBER, *Mimik-Übertragung-Interaktion. Die Untersuchung interaktiver Prozesse in der Psychotherapie* (Bern 1996); KRAUSE, Afterword, 381–385 und Klaus R. SCHERER / Harald G. WALLBOTT,

Mikro-Gesichtsausdrücke wurden in den späten 1960er-Jahren von Paul Ekman durch die Analyse von Videoaufzeichnungen von psychiatrischen Patient*innen entdeckt, die ihre Ärzt*innen bezüglich ihrer Suizidgedanken und Halluzinationen getäuscht hatten. Mikroausdrücke wurden damals als Ausdrücke definiert, die so kurz sind, dass sie von einem ungeschulten Beobachter kaum wahrgenommen werden können. Sie können Fragmente eines unterdrückten, neutralisierten oder maskierten Ausdrucks sein.

Studie zur Mikro-Mimik von Kliniker*innen und Patient*innen

In Videoaufzeichnungen 22 psychiatrischer Erstinterviews in einer psychiatrischen Routine-/Akutstation wurde die Mikro-Mimik von Kliniker*innen und Patient*innen in Verbindung mit verbalen Interaktionen untersucht. Die Forschungsfrage der explorativen Studie, an welcher die Verfasserin mitwirkte, bestand darin, zu untersuchen, welche Bedeutung die nonverbale Kommunikation im Therapiesetting hat und welchen Einfluss die Mikro-Gesichtsausdrücke auf die Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung ausübt. Des Weiteren wurde versucht, den Prozess mit dem Therapieerfolg in Verbindung zu stellen.

Die Studie zeigt, dass die nonverbale Kommunikation und die therapeutische Beziehung zwischen Patient*innen und behandelnden Therapeut*innen Variablen von hoher Relevanz für den Erfolg einer Therapie sind. Die Videoaufzeichnungen von Behandlungssequenzen/Erstinterviews in einer psychiatrischen Einrichtung wurden mit Hilfe des FACS³² analysiert und mit der Psychodynamic Intervention List (PIL)³³ bewertet. Die PIL identifiziert und beurteilt psychodynamische Interventionstechniken. Nach jeder Behandlungseinheit wurde von Patient*in und Therapeut*in zudem das Working Alliance Inventory (WAI)³⁴ ausgefüllt, ein Fragebogen über die subjektive Qualität der therapeutischen Arbeitsbeziehung.

Die Auswertung zeigte, dass spezifische verbale Interventionen unterschiedlich mit der Stärke der therapeutischen Beziehung/Working Alliance (WAI) zusammenhingen. Standen interpretativ-deutende bzw. konfrontative Interventionen von Therapeut*innen mit dem Affekt Verachtung in Verbindung und konnte dieser Affekt angesprochen werden, korrelierte dieses Interaktionsmuster in der Therapie mit höheren WAI-Werten, d. h. hoher therapeutischer Beziehungsqualität und Arbeitsallianz. Der vermehrte Einsatz von supportiven Interventionen stand zwar mit dem Affekt der Freude in Verbindung, jedoch korrelieren diese Interaktionsmuster mit einem niedrigeren WAI-Score.

Ausdruck von Emotionen, in: Klaus R. Scherer, Hg., Enzyklopädie der Psychologie, C/IV/3 Psychologie der Emotion (Göttingen 1990), 345–422.

32 Siehe dazu: EKMAN / FRIESEN, Manual und DERS., Basic Emotions, in: Tim Dalgleish / Mick Power, Hg., Handbook of Cognition and Emotion 3 (Sussex 1999), 4–5.

33 Antje GUMZ u. a., A Bottom-Up Approach to Assess Verbal Therapeutic Techniques. Development of the Psychodynamic Interventions List (PIL), in: PLoS ONE 12/8 (2017), e0182949, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182949>.

34 Thomas MUNDER u. a., Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR). Psychometric Properties in Outpatients and Inpatients, in: Clinical Psychology & Psychotherapy 17/3 (2010), 231–239, <https://doi.org/10.1002/cpp.658>.

Die Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, dass negative Gefühlsausdrücke, Konfrontation und das Durcharbeiten von Mikro-Expressionen wichtige Elemente der psychiatrischen Behandlung sind. Für die Therapeut*in-Patient*in-Beziehung ist der affektiv kognitive Mechanismus von großer Bedeutung. Konfrontative Interventionen erreichten einen höheren WAI-Wert als stützende Interventionen. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass psychoanalytisch ausgebildete Therapeut*innen höhere WAI-Werte erzielten. Daher sollten Therapeut*innen und Kliniker*innen das Auftreten von Verachtung und Neid im Therapiegespräch nicht als etwas Verwerfliches ansehen, denn negative Gefühlsausdrücke können zu einer besseren therapeutischen Arbeitsbeziehung beitragen:

1. Konfrontative Interventionen waren im Vergleich zu stützenden Interventionen mit höheren WAI-Werten assoziiert (Mann-Whitney-U=2283.5, $p=.000$, $d_{\text{Cohen}}=0.67$): Bei konfrontativer Intervention (N=57) war der WAI-Wert durchschnittlich bei 57.81 (min.42, max.82, Std.Abw.11.37), während bei stützender Intervention (N=134) der durchschnittliche WAI-Wert bei 51.95 lag (min.29, max.82, Std.Abw.12.91).
2. Konfrontative Interventionen waren mit dem Ausdruck von Verachtung auf Seite des bzw. der Patient*in assoziiert (Tabelle 1)³⁵.
3. Es gab keinen signifikanten Unterschied zwischen Therapeut*innen und Patient*innen in Bezug auf die Vielfalt der verschiedenen Gesichtsausdrücke (Mann-Whitney-U=199.5, $p=.304$, $d_{\text{Cohen}}=0.308$). Dies entspricht dem automatisch ablaufenden affektiven Anteil der Empathie.

Tab. 1: Zusammenhänge zwischen Interventionsformen und fazialen Affektausdrücken (Mikroausdrücken) in der Behandlungsdyade³⁶

Konklusion: Interpretation, Konfrontation und das Durcharbeiten verächtlicher Mikroausdrücke zeigten sich als wesentliche Faktoren für die adäquate Kontrolle der wichtigsten pathogenetischen Elemente. Konfrontative Interventionen waren auf Behandler*innenseite und Patient*innenseite mit Verachtung verbunden, und zwar im Sinne der affektiven Anteile der Empathie beinahe reflexartig auf beiden Seiten der Behandlungsdyade. Interessanterweise korrelierte Verachtung aber mit höheren Werten in der Arbeitsallianz-Skala (WAI).

Die Ergebnisse legen nahe, dass beides – eine zufriedenstellende Arbeitsallianz und der Ausdruck der Verachtung einen Faktor gemeinsam haben: die Konfrontative Intervention, mit der der bzw. die Behandler*in in der Lage war, eine für den/die Patient*in biografisch bedeutende Intervention zu setzen, wodurch der bzw. die Patient*in sich verstanden fühlte. Dies weist auf die komplexe Funktion der Affekte und des Zusammenspiels von primären und sekundären Emotionen, sowie deren Synchronizität zwischen Therapeut*in und Patient*in, und auf die Wechselwirkungen mit dem Interventionstyp hin. Die Häufigkeit positiver Gesichtsreziprozität zwischen Kliniker*in und Patient*in und die Reaktion der Kliniker*innen auf das Angebot der Patient*innen, Affekt zu zeigen, ist auch als ein Prädiktor für den Therapieerfolg³⁷ bekannt.

35 DATZ / WONG / LÖFFLER-STASTKA, Interpretation, 4901.

36 Tabelle 1 erstmalig in: DATZ / WONG / LÖFFLER-STASTKA, Interpretation, 4901 publiziert.

37 MERTEN / KRAUSE, What makes good therapists fail?, 2–17.

Kollektive Bewältigungsprozesse

Unbewusste affektive Prozesse und die damit in Zusammenhang stehende Krankheitswahrnehmung sind sehr subjektive Parameter, verbunden mit Existenzängsten, dysfunktionalen Glaubenssätzen, die auch adressiert werden müssen, beispielsweise durch Stärkung der therapeutischen Beziehung, wie in der eben erwähnten Studie gezeigt, aber auch in deren Rahmen durch Etablierung ausgereifter Bewältigungsmechanismen (z. B. Sublimierung).

Die Pandemie-Situation hat uns die überwältigende Macht der Natur, die Gebrechlichkeit unseres eigenen Körpers und Unzulänglichkeiten der Institutionen, die die Beziehungen zwischen den Menschen in Familie, Gesellschaft und Staat regeln, bewusst gemacht.³⁸ Sie schuf auch bekannte Gruppenphänomene in der Krise, wie Fragmentierung, Spaltung, also grundsätzlich Regression auf bekannte frühere Funktionen, wenn die normale adaptive mentale affekt-kognitive Verarbeitung überfordert ist. Sublimierung scheidet beispielsweise, wenn der eigene Körper zur Quelle des Leidens wird.

Es ist zu beobachten, dass das Vertrauen in ein stützendes Über-Ich und das Vertrauen in gesellschaftliche, demokratisch etablierte politische Errungenschaften und in die Wissenschaften mit ihren bewährten Methoden schwinden. Verachtungsmomente dominieren zeitweise auch kollektiv. Einerseits nährt die Angst vor der überwältigenden Macht des Schicksals das Bedürfnis nach Wiederherstellung eines (phantasierten) uneingeschränkten Narzissmus (Omnipotenz), abgeleitet aus der Sehnsucht nach väterlichem Schutz aufgrund einer infantilen Hilflosigkeit. Andererseits können Ängste zu weiteren regressiven Phänomenen führen.

Die unbewusste Fantasie

Angst, Verletzbarkeit und Hilflosigkeit können eine Disäquilibration des narzisstischen Gleichgewichtes, eine Destabilisierung des Selbstwerts und damit eine Unsicherheit mit sich bringen, wobei die aggressiven Aspekte des Narzissmus nicht außer Acht gelassen werden sollten. Herbert Rosenfeld³⁹ beschreibt in seiner Arbeit „Eine Untersuchung der aggressiven Aspekte des Narzissmus“, dass es sich bei Todeswünschen und Verachtung um Zustände der Triebmischung und um eine Manifestation des reinen Todestriebes handelt. Der sorgende, lebendige Teil ist abgespalten. Wenn Aggression im Sinne einer Destruktion vorherrscht, ist eine Triebmischung mit positiven Affekten schwer möglich. Dies hängt psychoanalytisch formuliert damit zusammen, dass ein Zustand der Identifizierung mit einem internalisierten (aggressiven) Objekt im Sinne des sekundären Narzissmus⁴⁰ dominiert. Ein solcher Zustand kommt einem Abzug der Besetzung⁴¹ (jegliche Libido wird vom Triebobjekt abgezogen) gleich,

38 Sigmund FREUD, Das Unbehagen in der Kultur (= Gesammelte Werke 14, London 1930/1948), 421–516.

39 Herbert ROSENFELD, A Clinical Approach to the Psychoanalytic Theory of the Life and Death Instincts. An Investigation into the Aggressive Aspects of Narcissism, in: International Journal of Psychoanalysis 52 (1971), 169–178.

40 William R. D. FAIRBAIRN, A Revised Psychopathology of the Psychoses and Psychoneuroses, in: International Journal of Psychoanalysis 22 (1941), 250–279.

41 André GREEN, Todestrieb, negativer Narzissmus, Desobjektalisierungsfunktion, in: Psyche 55/9–10 (2001), 869–877 (Original: Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante, in: André GREEN, Le travail du négatif (Paris 1993), 113–122.).

sodass dem Todestrieb nur schwer eine Legierung mit positiven Affekten entgegengestellt werden kann. Wie Bezugspersonen nun aggressive Triebe „containen“ können, bleibt eine schwierige, aber essenzielle Aufgabe, da nur befriedigende Ich-Elemente in die Ich-Synthese eingehen können.⁴² Für die psychoanalytische Behandlungssituation erklären sich die Affekte als „manifestations of living energy“⁴³ und als Fakt – „that a feeling is one of the few things which analysts have the luxury of being able to regard as a fact“⁴⁴ – als relevant für die psychoanalytische Situation. Des Weiteren ist die Untersuchung der aktivierten Objektbeziehungsdyade⁴⁵ verbunden mit dem vorherrschenden Affekt als behandlungstechnisch wesentlich, erprobt und bekannt. Zudem kann individuell von der Formbarkeit des unbewussten Fantasielebens ausgegangen werden.⁴⁶ Doch wie kann dies für die Gesellschaft insgesamt geleistet werden?

Lösungsvorschläge

Unbewusste affektive Prozesse und damit in Zusammenhang stehende Wahrnehmungen sind sehr subjektive Parameter, verbunden mit Existenzängsten, dysfunktionalen Glaubenssätzen, die auch adressiert werden müssen, beispielsweise durch Stärkung respektive Etablierung ausgereifter Bewältigungsmechanismen (z. B. Sublimierung). Aus der klinischen Erfahrung mit individuellen Erkrankungsprozessen, wie auch aus der psychoanalytischen Theorie lässt sich ableiten, dass die Stärkung ausgereifter Bewältigungsmechanismen vom Durcharbeiten der (Nicht-)Akzeptanz von Grenzen und Begrenzungen des Individuums abhängen kann. Erst die Akzeptanz des unerreichbaren „O“ (des Eigentlichen, Absoluten), der „Wahrheit-an-sich“, und der Gewissheit allerdings, sie nie erreichen zu können, lässt Verarbeitungsschritte möglich werden.⁴⁷ Die Akzeptanz der Begrenzung kann die Verinnerlichung der Funktionen im Über-Ich (Gewissen) verstärken und Selbstbewusstsein und Selbstreflexion verbessern. Somit wird auch die Mentalisierung unterstützt, die zu einem besseren Verständnis der eigenen Person und einer höheren Selbstregulierung (einschließlich affektiver Regulierung), sowie zu adäquateren Urteilen (Anwendung formaler Logik und abstraktem Denken) und Verhaltensweisen führen kann.

42 Marjorie BRIERLEY, Affects in Theory and Practice, in: *International Journal of Psychoanalysis* 18 (1937), 256–268.

43 Ebd.

44 Wilfred R. BION, Evidence, in: Ders., Hg., *Clinical Seminars and Four Papers* (Abingdon 1976/1987), 309–318.

45 Das ist jenes Beziehungsmuster mit primären Bezugspersonen, das in der Übertragung aktualisiert und im Behandlungskontext in der Beziehung zum/r Therapeut*in aktiviert ist.

46 Henriette LÖFFLER-STASTKA, Zur Akzeptanz der Begrenzung, in: *psychopraxis.neuropraxis* 25 (2022), 332–335, <https://doi.org/10.1007/s00739-022-00858-w>.

47 BION, Evidence, 309–318.

Resümee

Neuere Forschungen haben gezeigt, dass die Verfolgung von Zielen unbewusst ablaufen kann,⁴⁸ d. h. der gesamte Prozess von der Aktivierung des Ziels bis zum Abschluss kann stattfinden, ohne dass man sich des Ziels bewusst ist. In der Vergangenheit wurde angenommen, dass die Verfolgung von Zielen eng mit dem Bewusstsein verbunden ist. Neuere Forschungsarbeiten wie auch die hier beschriebene Studie legen jedoch nahe, dass Ziele das Verhalten durch Aufmerksamkeit steuern und dass diese Prozesse außerhalb des Bewusstseins einer Person erfolgen können.⁴⁹ Bei chronischen Erkrankungen und affektiv belastenden Situationen müssen diese Faktoren genau berücksichtigt werden, da eine Änderung der Handlungsweise meist sehr schwierig ist, wie auch bei der SARS-CoV-2 Pandemie zu beobachten war. Der Einfluss der Krankheit auf das Leben muss berücksichtigt werden, und umgekehrt muss überlegt werden, welchen Einfluss das Leben auf die Krankheit hat – denn gesellschaftliche Herausforderungen beeinflussen Veränderungsprozesse stark.⁵⁰ Verinnerlichung eines unterstützenden Über-Ichs, adäquate Selbstregulation, subjektive Krankheitswahrnehmung und „Wahrheit“ beeinflussen das (soziale) Verhalten.⁵¹ In ebendiesen großteils unbewussten Prozessen liegt auch die Lösung, da affektives Wohlbefinden, Durcharbeiten⁵² der schwierigen Situationen und vorhandenes Grundvertrauen⁵³ in eine Wiedererrichtung des „epistemic trust“ münden können.

Informationen zur Autorin

Univ. Prof. Priv. Doz. Dr. Henriette Löffler-Stastka, Medizinische Universität Wien, Klinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien
E-Mail: henriette.loeffler-stastka@meduniwien.ac.at

48 Karin C. A. BONGERS / Ap DIJKSTERHUIS / Russel SPEARS, On the Role of Consciousness in Goal Pursuit, in: *Social Cognition* 28/2 (2010), 262–272, <https://doi.org/10.1521/soco.2010.28.2.262>.

49 Ap DIJKSTERHUIS / Loran F. NORDGREN, A Theory of Unconscious Thought, in: *Perspectives on Psychological Science* 1/2 (2006), 95–109, <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2006.00007.x>.PIL.

50 Karoline PARTH / Armina HRUSTO-LEMES / Henriette LÖFFLER-STASTKA, Different Types of Traumatization – Inner Pressure, Affect Regulation, Interpersonal and Social Consequences. Implications of Psychoanalytic Theory on the Understanding of Individual, Social and Cultural Phenomena, in: Phillip T. Fenton, Hg., *Psychoanalytic Theory Perspectives, Techniques and Social Implications* (New York 2014), 71–110.

51 BONGERS / DIJKSTERHUIS / SPEARS, Role of Consciousness, 262–272.

52 Sigmund FREUD, *Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten* (= *Gesammelte Werke* 10, London 1914/1946), 126–136.

53 Peter FONAGY, The Internal Working Model or the Interpersonal Interpretive Function, in: *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 2 (2002), 27–38, <https://doi.org/10.1080/15289168.2002.10486417>.