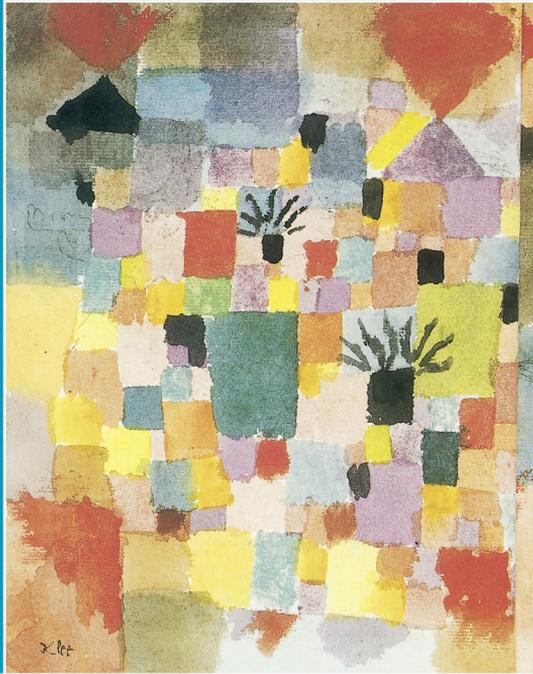


**Claas-Hinrich Lammers**

2. Auflage



# Emotionsbezogene Psychotherapie

Grundlagen, Strategien und Techniken

Claas-Hinrich Lammers

# **Emotionsbezogene Psychotherapie**

---

2. Auflage

Dieses Buch ist meinen Eltern Inka und Wulf Lammers  
in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Claas-Hinrich Lammers

# Emotionsbezogene Psychotherapie

---

Grundlagen, Strategien und Techniken

2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage

Mit 21 Abbildungen und 9 Tabellen

 **Schattauer**

**Prof. Dr. med. Claas-Hinrich Lammers**

Asklepios Klinik Nord  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Langenhorner Chaussee 560  
22419 Hamburg

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Speicherung in elektronischen Systemen.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

**Besonderer Hinweis:**

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

[www.schattauer.de](http://www.schattauer.de)

© 2007, 2011 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart  
Alle Rechte vorbehalten

Umschlagabbildung: Paul Klee: Südliche Gärten, 1919

Satz: Satzstudio 90 (A. Kretschmer), Wittelsbacher Str. 18, 86556 Kühbach

Datenkonvertierung: Kösel Media GmbH, Krugzell

Printausgabe: ISBN 978-3-608-42787-5

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-26615-3

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Lektorat: Dr. rer. nat. Christina Hardt

# Vorwort zur 2. Auflage

Natürlich ist es erfreulich, wenn ein Buch dank des Interesses der Leser eine Neuauflage erfährt. Noch erfreulicher ist allerdings feststellen zu dürfen, dass mehr und mehr Therapeuten sich des Themas „Emotionen in der Psychotherapie“ in ihrer täglichen Arbeit annehmen. Es ist für mich eine sehr erfreuliche Entwicklung, miterleben zu dürfen, dass die wesentlichen Konzepte dieses Buches mehr und mehr zum psychotherapeutischen Basiswissen auch junger Psychotherapeuten gehören und nicht mehr von vielen als Neuerung erlebt werden. Diese Entwicklung wurde nicht zuletzt auch durch andere Protagonisten auf diesem Gebiet bewirkt und ich bin durchaus erfreut zu sehen, dass sich die diesbezüglichen Konzepte weitgehend angenähert haben. Während ich die Kapitel meines Buches einer sanften Korrektur und inhaltlichen Ergänzungen unterzogen habe, ist das Kapitel zum Thema „Gruppenarbeit zur Emotionsregulation“ gänzlich neu. Häufig wurde ich danach gefragt und da auch in meiner Klinik der Bedarf nach einer emotionsbezogenen Gruppentherapie entstand, habe ich mich entschlossen, dieses Kapitel zu schreiben. Dank sei an dieser Stelle an viele ärztliche und psychologische Mitarbeiter der I. Fachabteilung für Affektive Erkrankungen der Asklepios Klinik Nord-Ochsenzoll, ausgesprochen, welche mir bei der Entwicklung und Korrektur des Kapitels geholfen haben.

Hamburg, im Juni 2011

**Claas-Hinrich Lammers**

# Vorwort zur 1. Auflage

Die klinisch-psychotherapeutische Arbeit mit Patienten ist geprägt von der Arbeit an problematischen Emotionen. Patienten kommen zur Therapie, weil sie Angst haben, unter Schuldgefühlen leiden, traurig oder depressiv sind usw. Diese Bedeutung von Emotionen für psychische Erkrankungen und deren Therapie ist unabhängig davon, ob der Therapeut tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch, humanistisch, systemisch oder hypnotherapeutisch arbeitet. Eine erfolgreiche Therapie besteht für den Patienten darin, dass er sich besser fühlt, er keine Angst mehr hat, ihn keine Schuldgefühle mehr quälen, seine Traurigkeit sich gelegt hat. Am Ende einer erfolgreichen Therapie fühlt ein Patient sich besser. Ein durch therapeutische Interventionen verändertes Denken und Handeln sind „nur“ die notwendigen Vehikel, um sich besser zu fühlen.

Obgleich der Stellenwert emotionaler Prozesse in der Psychotherapie zentral für das Verständnis und die Therapie psychischer Störungen ist, besteht bei Therapeuten häufig eine Unsicherheit im direkten Umgang mit den problematischen emotionalen Prozessen des Patienten. Auch ich sah mich vor Jahren mit dieser Unsicherheit konfrontiert und suchte vergeblich nach einem entsprechenden Buch, um emotionsbezogene Konzepte, Strategien und Techniken zu lernen. Viele Jahre später habe ich angefangen, psychotherapeutische Workshops zu diesem Thema zu geben, und als eines Tages eine Teilnehmerin mit Blick auf mein Kursskript meinte, dass da wohl irgendwann ein Buch draus entstehen würde, war die Idee zu diesem Buch geboren.

Es beschäftigt sich mit psychotherapeutischen Strategien und Techniken, die sich auf die direkte Arbeit mit Emotionen beziehen, und stellt somit sicherlich eine sinnvolle und hilfreiche Ergänzung zu dem jeweiligen Therapiekonzept des einzelnen Therapeuten dar. Deshalb handelt es sich bei diesem Buch in keiner Weise um den Versuch, eine neue Therapieschule zu gründen bzw. ein eigenständiges Therapiekonzept vorzustellen! Vielmehr habe ich versucht, für verschiedene psychopathologisch relevante Problembereiche therapeutische Strategien zu definieren, die alle eine Fokussierung auf die Arbeit an und mit Emotionen eint. Somit habe ich aus den verschiedenen therapeutischen Schulen die entsprechenden emotionsbezogenen Aspekte zusammengetragen und in eine konzeptionell sinnvolle Form gegossen. Der Inhalt dieses Buchs muss und soll somit schulenübergreifend sein, und ich wäre froh, wenn der Leser bzw. die Leserin dieses Buch als einen Baustein für ein integratives Therapiekonzept begreifen und einsetzen würde.

Für dieses Buch habe ich der Einfachheit halber für die Therapeuten die männliche Form gewählt. Natürlich sind hiermit auch alle Therapeutinnen gemeint!

## Kleiner Leitfaden für dieses Buch

In **Kapitel 1** („Einleitung: Emotionen und emotionsbezogene Psychotherapie“) wird der Stellenwert von emotionalen Prozessen bei psychischen Erkrankungen und in der Psychotherapie erörtert. Hierzu gehören auch die Darstellung unterschiedlicher emotionaler Problemlagen und die spezifisch hierbei zum Einsatz kommenden Techniken.

In **Kapitel 2** („Psychologie von Emotionen“) werden die wesentlichen psychologischen Grundlagen emotionaler Prozesse beim Menschen thematisiert, wozu u.a. die grundlegende Bedeutung von Emotionen für den Menschen, der Unterschied zwischen Basisemotionen und reflexiven, sozialen Emotionen, die Emotionale Intelligenz und Emotionsregulation gehören.

In **Kapitel 3** („Neurobiologie von Emotionen“) werden die hierzu wichtigsten Gehirnbezirke und deren Zusammenarbeit dargestellt, was das Verständnis für die Psychotherapie mit Emotionen erleichtert.

Das **Kapitel 4** „Schemata als Grundlage emotionaler Konflikte“ beschäftigt sich mit der Darstellung emotionaler Schemata, die Grundlage von psychischen Konflikten sein können. In diesem Kapitel werden auch die zentralen Begriffe der Emotionsphobie, der primären und sekundären Emotion erklärt.

In **Kapitel 5** („Psychoedukation und andere unterstützende Verfahren“) werden Prinzipien bei der Therapie von und mit Emotionen diskutiert, die wichtige Rahmenbedingungen für die emotionsbezogene Therapie darstellen. Hierzu gehört die normale Funktion von Emotionen genauso wie psychopharmakologische Strategien.

In **Kapitel 6** („Achtsamkeit und Akzeptanz bei der Arbeit mit und an Emotionen“) werden diese beiden wichtigen Grundprinzipien jeglicher emotionsbezogener Arbeit dargestellt.

In **Kapitel 7** („Erlebnisorientierte Psychotherapie – emotionsbezogene Therapie von stabilen Patienten“) beginnt die eigentliche Darstellung der emotionsfokussierten Techniken in der Therapie von stabilen Patienten. Hier wird der emotionsphobische Konflikt erläutert, der in einer Vermeidung der Wahrnehmung von aversiven Emotionen und der sich hieraus ergebenden psychischen Symptome besteht. Außerdem wird die interne Vermeidung von so genannten primären Emotionen durch sekundäre Emotionen beschrieben und die hiermit verbundenen Abwehrprozesse. Natürlich werden auch die grundsätzlichen therapeutischen Strategien in der Bearbeitung dieses emotionalen Konflikts ausführlich und an praktischen Beispielen erläutert.

In **Kapitel 8** („Emotionsmanagement – emotionsbezogene Therapie von instabilen Patienten“) wird dann der therapeutische Umgang mit unterregulierten in-

tensiven Emotionen von instabilen Patienten erläutert, also Emotionen, die keiner ausreichenden kognitiven Kontrolle unterliegen, wie typischerweise extremer Ärger, Wut, (Selbst-)Hass oder extreme emotionale Anspannung. Hierbei geht es um den regulierenden, intensitätsmindernden Umgang mit den problematischen Emotionen, sodass typische Konsequenzen wie Wutausbrüche, Beziehungsabbrüche, ständige emotionale Krisen mit Suizidalität oder unkontrollierte Zerstörung von Gegenständen im Rahmen emotionaler Ausnahmezustände unter die Kontrolle des Patienten kommt. Dieser Teil der Arbeit an Emotionen im Rahmen des Emotionsmanagements ist eher mit der Stärkung kognitiver und behavioraler Kompetenzen zur Regulation ihrer Emotionen verbunden.

## Danksagung

Die im Folgenden genannten Menschen haben mich im direkten Kontakt entscheidend psychotherapeutisch geprägt, und ich bin ihnen zu großem Dank verpflichtet: Leslie Greenberg, Ilse Harder, Bettina Lohmann, Ortwin Meiss, Ulrich Schweiger, Jeffrey Young sowie das Team und die Patienten der Station 5 der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Eine Reihe von Therapeuten, die ich nie habe persönlich kennen lernen können, war ebenfalls von entscheidendem Einfluss auf dieses Buch: Aaron Beck, Milton Erickson, Klaus Grawe und Marsha Linehan.

Ein großer Dank an Wulf Bertram vom Schattauer Verlag, der mit Begeisterung und Vertrauen dieses Projekt aufgenommen und begleitet hat. Mein Lektor Volker Drüke hat mir bei meinem ersten Buch die notwendige Sicherheit bei der Endgestaltung gegeben, wofür ich ihm herzlich danke.

Dank auch an Jochen Eckert und Anne Biermann-Ratjen – dafür, dass sie dieses Buchprojekt unterstützt haben.

Außerdem möchte ich meinen Kollegen danken, die dieses Buch Korrektur gelesen haben: Andreas Dams, Kathrin Ritter, Carolin Ubben und Christine Unckel.

Da meine Frau, Maren Lammers, Inhalt und Form des Buchs als Psychologin und Psychotherapeutin wesentlich mitgestaltet hat, gebührt ihr mehr als Dank. Ihre Mitarbeit an diesem Buch war in jeder Hinsicht unentbehrlich. Und sie ist wahrscheinlich nach all der gemeinsamen Arbeit an diesem Buch die kompetentere Therapeutin, wenn es um die praktische Umsetzung emotionsbezogener Strategien geht.

# Inhalt

<b>Theorie</b>	1
<b>1 Einleitung: Emotionen und emotionsbezogene Psychotherapie</b>	3
1.1 Bedeutung von Emotionen	3
1.2 Emotionen und psychische Erkrankungen	6
1.3 Emotionen und psychotherapeutische Schulen	11
Emotionen in den einzelnen psychotherapeutischen Schulen	12
1.4 Moderne psychotherapeutische Konzepte der Arbeit an Emotionen	15
1.5 Emotionale Prozesse und psychotherapeutische Veränderungen	18
1.6 Annahmen, Strategien und Ziele der emotionsbezogenen Therapie	20
Grundannahmen der psychotherapeutischen Arbeit mit und an Emotionen	20
Emotionsbezogene therapeutische Prozesse	23
1.7 Anwendungsgebiete der emotionsbezogenen Therapie	26
<b>2 Psychologie von Emotionen</b>	29
2.1 Definition von Emotion und verwandter Begriffe	29
2.2 Funktionen von Emotionen	33
2.3 Basisemotionen und komplexe Emotionen	39

<b>2.4</b>	<b>Emotion und Kognition</b> _____	41
<b>2.5</b>	<b>Emotionsregulation</b> _____	49
<b>3</b>	<b>Neurobiologie von Emotionen</b> _____	53
<b>3.1</b>	<b>Amygdala</b> _____	54
<b>3.2</b>	<b>Hypothalamus und das autonome Nervensystem</b> _____	56
<b>3.3</b>	<b>Nucleus accumbens</b> _____	57
<b>3.4</b>	<b>Hippocampus</b> _____	57
<b>3.5</b>	<b>Präfrontaler Kortex</b> _____	58
<b>3.6</b>	<b>Zusammenspiel zwischen Amygdala, Hippocampus und präfrontalem Kortex</b> _____	59
<b>3.7</b>	<b>Emotionsbezogene Psychotherapie und Neurobiologie</b> _____	64
<b>4</b>	<b>Schemata als Grundlage emotionaler Konflikte</b> _____	65
<b>4.1</b>	<b>Schemata</b> _____	65
	Annäherungsschemata und Vermeidungsschemata _____	69
<b>4.2</b>	<b>Adaptive und maladaptive primäre Emotionen</b> _____	72
<b>4.3</b>	<b>Bewältigungsschemata und sekundäre Emotionen</b> _____	75
	Fallbeispiele _____	79
<b>5</b>	<b>Psychoedukation und andere unterstützende Verfahren</b> _____	83
<b>5.1</b>	<b>Patientenedukation</b> _____	83
<b>5.2</b>	<b>Therapeutenedukation</b> _____	86
<b>5.3</b>	<b>Stressbewältigung und Entspannungsverfahren</b> _____	88
<b>5.4</b>	<b>Körperliche Faktoren eines gesunden emotionalen Erlebens</b> _____	91
<b>5.5</b>	<b>Medikamentöse Behandlung emotionaler Störungen</b> _____	92

<b>6</b>	<b>Achtsamkeit und Akzeptanz bei der Arbeit mit und an Emotionen</b> _____	95
<b>6.1</b>	<b>Akzeptanz von Emotionen</b> _____	95
	Radikale Akzeptanz der Existenz der Emotion _____	96
	Akzeptanz der Bedeutung der Emotion _____	98
<b>6.2</b>	<b>Innere Achtsamkeit</b> _____	100
<b>6.3</b>	<b>5-Sinne-Achtsamkeit</b> _____	103
 <b>Praxis</b> _____		105
 <b>7</b>	 <b>Erlebnisorientierte Emotionsarbeit – emotionsbezogene Therapie von stabilen Patienten</b> _____	 107
	Fallbeispiel für die erlebnisorientierte emotionsbezogene Therapie _____	107
<b>7.1</b>	<b>Therapieziele der erlebnisorientierten Therapie von Emotionen</b> _____	108
	Der emotionsphobische Konflikt _____	108
	Beispiel eines funktionalen Bewältigungsschemas für eine belastende primäre Emotion _____	109
	Beispiel eines dysfunktionalen Bewältigungsschemas für eine belastende primäre Emotion _____	110
	Indikation und Kontraindikation für die erlebnisorientierte Arbeit an Emotionen _____	111
	Die therapeutischen Schritte der erlebnisorientierten Therapie von Emotionen _____	112
<b>7.2</b>	<b>Übersicht der therapeutischen Interventionen</b> _____	112
	Die therapeutische Beziehung _____	113
	Förderung des Erlebens von Emotionen _____	113
	Einstieg in die erlebnisorientierte Therapie von Emotionen _____	113
	Bearbeitung der Bewältigungsschemata – die sekundären Emotionen _____	113
	Identifikation und Erleben von primären Emotionen _____	114
	Therapeutische Arbeit an adaptiven und maladaptiven primären Emotionen _____	114
	Korrektur selbstabwertender Prozesse _____	115

<b>7.3 Die therapeutische Beziehung</b> _____	115
Empathie und Validierung _____	116
Modellfunktion des Therapeuten _____	120
Aktivierung belastender Emotionen in Bezug auf den Therapeuten _____	121
<b>7.4 Förderung des Erlebens von Emotionen</b> _____	124
Spezifische Techniken zur Förderung des emotionalen Erlebens _____	124
<b>7.5 Einstieg in die erlebnisorientierte Therapie von Emotionen</b> _____	139
<b>7.6 Bearbeitung der Bewältigungsschemata – die sekundären Emotionen</b> _____	142
Formen der Bewältigungsschemata _____	143
Korrigierende Arbeit an dem Bewältigungsschema und sekundären Emotionen _____	145
Herausstellen der Dysfunktionalität des Bewältigungsschemas _____	148
Restrukturierung des dysfunktionalen Bewältigungsschemas _____	152
<b>7.7 Identifikation und Erleben von primären Emotionen</b> _____	156
Aktivierung der primären Emotion _____	157
Reduktion der emotionalen Empfindlichkeit _____	167
Unterscheidung von adaptiven und maladaptiven primären Emotionen _____	168
<b>7.8 Therapeutische Arbeit an maladaptiven und adaptiven primären Emotionen</b> _____	170
Identifikation der Entstehung von belastenden adaptiven und maladaptiven primären Emotionen _____	170
Therapeutische Arbeit an einer maladaptiven primären Emotion _____	173
Kognitiv-behaviorale Arbeit an einer maladaptiven Emotion _____	185
Therapeutische Arbeit an adaptiven primären Emotionen _____	195
<b>7.9 Therapeutische Arbeit an selbstabwertenden Schemata</b> _____	207
Selbstwertgefühl und Emotion _____	207
Selbstabwertende Schemata _____	209
Restrukturierung des selbstabwertenden Schemas _____	210
<b>7.10 Checkliste für den adaptiven Umgang mit Emotionen</b> _____	215

---

<b>8</b>	<b>Emotionsmanagement – emotionsbezogene Therapie von instabilen Patienten</b>	217
	Fallbeispiel für das Emotionsmanagement	217
<b>8.1</b>	<b>Das Problem unterregulierter Emotionen</b>	218
	Ärger, Wut, (Selbst-)Hass und Zorn	218
	Hohe emotionale Anspannung	219
	Bedingungsfaktoren	220
<b>8.2</b>	<b>Indikation, Therapieziele und Interventionen des Emotionsmanagements</b>	223
	Indikation für das Modul „Emotionsmanagement“	223
	Interventionen des Emotionsmanagements	227
<b>8.3</b>	<b>Problematisierung und Motivation</b>	229
<b>8.4</b>	<b>Notfallstrategien: Umgang mit emotionalen Krisen und Dissoziation</b>	235
	Frühwarnsystem für emotionale Krisen	238
	Notfallstrategien	239
	Umgang mit Dissoziation	244
<b>8.5</b>	<b>Emotionsregulation</b>	248
	Emotionsanalyse	248
	Veränderung der Reizexposition	259
	Emotionsexposition und Desensitivierung	261
	Kognitiv-behaviorale Techniken der Emotionsregulation	270
<b>8.6</b>	<b>Therapeutisches Vorgehen bei Überregulation intensiver Emotionen</b>	298
<b>9</b>	<b>Gruppenarbeit zur Emotionsregulation</b>	303
<b>9.1</b>	<b>Konzept</b>	303
	Formaler Rahmen	304
	Ziele der Gruppe	304
<b>9.2</b>	<b>Ablauf und Inhalte der einzelnen Gruppen</b>	304
	Gruppe 1 (Emotionen erkennen und verstehen)	304
	Gruppe 2 (eigene Problememotion erkennen)	305
	Gruppe 3 (Therapiekonzept)	305

Gruppe 4 (Emotionsregulation)	306
Gruppe 5 (praktische Anwendung)	306
Gruppe 6 (praktische Anwendung)	306
<b>9.3 Handout für die Gruppe 1</b>	<b>307</b>
Lerntext: Wozu sind Emotionen da?	307
Lerntext: Bedürfnisse	308
Lerntext: Emotionen und Bedürfnisse	309
<b>9.4 Handout für die Gruppe 2</b>	<b>312</b>
Lerntext: Entspannungstechniken	312
Lerntext: Der Unterschied zwischen angemessenen und unangemessenen Emotionen	313
Lerntext: Problematische Bewältigungsstrategien	315
<b>9.5 Handout für die Gruppe 3</b>	<b>317</b>
Lerntext: Primäre oder sekundäre Emotion	317
Lerntext: Sinn und Zweck des Trainings der Emotionsregulation	317
Lerntext: Gedanken und Emotionen	318
<b>9.6 Handout für die Gruppe 4</b>	<b>320</b>
Lerntext: Praxis der Emotionsregulation	320
Lerntext: Die Schritte der Emotionsregulation	321
<b>9.7 Handout für die Gruppe 5</b>	<b>323</b>
Lerntext: Akzeptanz	323
Lerntext: Meine Stärken und Fähigkeiten	324
<b>9.8 Handout für die Gruppe 6</b>	<b>325</b>
<b>9.9 Zusammenfassung</b>	<b>325</b>
<b>Anhang</b>	<b>327</b>
<b>Literatur</b>	<b>329</b>
<b>Glossar</b>	<b>341</b>
<b>Übungsblätter</b>	<b>345</b>
<b>Sachverzeichnis</b>	<b>355</b>

# Theorie

This page intentionally left blank

# 1 Einleitung: Emotionen und emotionsbezogene Psychotherapie

## 1.1 Bedeutung von Emotionen

Dass problematische bzw. belastende Emotionen bei den meisten psychischen Störungen im Mittelpunkt der Erkrankung stehen, darüber besteht wohl bei fast allen Psychotherapeuten der verschiedensten therapeutischen Schulen Übereinstimmung. Aber welche Rolle spielen diese Emotionen genau? Was für ein Ziel verfolgt man in der Psychotherapie im Umgang mit Emotionen? Und wie kann man direkt an einer Veränderung dieser Emotionen arbeiten? Um auf diese Fragen eine Antwort zu finden, ist zunächst ein intensives Wissen bezüglich der Funktion und Bedeutung von Emotionen für den Psychotherapeuten von großer Bedeutung. Dieser Schritt ist nicht ganz einfach, da wir zwar viel über Gedanken, Pläne, Handlungen oder Ereignisse sprechen, aber wenig über die hiermit verbundenen Emotionen. Vielmehr erleben wir in Bezug auf unsere Emotionen in der Regel eine gewisse Sprachlosigkeit, da wir sie als privat und zu unserer Intimsphäre gehörig erleben. Wir sprechen also zum Beispiel nicht über unser Gefühl von Ärger, sondern ziehen uns zurück oder reden ausführlich über eine misslungene Arbeit, aber nicht über unser Minderwertigkeitsgefühl dabei. Fragt man uns, warum wir dieses oder jenes getan haben, dann geben wir als Begründung in der Regel einen Gedanken, einen Wunsch oder ein Ziel an. Nur selten antworten wir, indem wir sagen, dass uns dieses oder jenes Gefühl bei unserer Entscheidung beeinflusst hat. Wenn wir über Emotionen sprechen, dann fühlen wir uns häufig eher hilflos oder sind sogar etwas peinlich berührt, da sie unser Innerstes betreffen und notorisch schwer in Worte zu fassen sind. Treten Emotionen offen zu Tage oder werden sie von einem Menschen offen und direkt thematisiert, dann besteht unsere unmittelbare Reaktion in der Regel darin, mittels Gedanken oder Verhaltensweisen das Erleben bzw. das Gespräch über diese Emotionen wieder in den Hintergrund rücken zu lassen.

Menschen haben zwei grundsätzlich unterschiedliche Systeme, um Informationen zu prozessieren: ein holistisches, emotionales System und ein analytisches, kognitives System (Epstein 1994). Die bewusste Kommunikation findet überwiegend sprachlich, und zwar mittels des analytisch-kognitiven Systems statt, während das holistisch-emotionale System überwiegend nicht direkt thematisiert wird. Gleichwohl ist das holistisch-emotionale System für die Informationsprozessierung und

die Kommunikation ebenso entscheidend, wenn nicht gar entscheidender als das analytisch-kognitive System.

Somit steht die Thematisierung von Emotionen im Alltag und häufig auch in der Psychotherapie im Gegensatz zu deren Bedeutung für Motivation, Kommunikation, Handlungen und Problemlösen des Menschen.

Wie in Kapitel 2 über die Psychologie von Emotionen noch näher ausgeführt wird, sind sämtliche unserer Handlungen, Gedanken, Ziele, Wünsche und Erinnerungen von emotionalen Prozessen gesteuert und geprägt. So rational und vernünftig auch unsere Gedanken und Pläne sein mögen, ohne Emotionen würden wir diese weder entwickeln noch in Handlungen umsetzen können (Tomkins 1983; Frijda 2000). Emotionale Prozesse verleihen unseren Erlebnissen vor dem Hintergrund unserer Wünsche, Ziele und Bedürfnisse eine Bedeutung (Oatley u. Jenkins 1992). Emotionen lenken unsere Aufmerksamkeit und Verhalten in eine bestimmte Richtung. Negative (unangenehme) Emotionen warnen uns vor Gefahren und bewegen uns dazu, diese zu vermeiden. Das Erleben von positiven (angenehmen) Emotionen treibt uns hingegen zum Verfolgen bestimmter individueller und allgemeiner Ziele an. Es spricht alles dafür, dass wir Menschen ohne Emotionen weder einen Sinn bzw. Bedeutung in unserem Leben finden können noch irgendwelche Ziele hätten, geschweige denn, diese aktiv verfolgen würden. Und verfolgt man die evolutionäre Entwicklung zurück zu den Primaten und Säugetieren, dann sind emotionale Prozesse bereits für die Vorgänger des menschlichen Lebewesens zentral für die Einschätzung der Umwelt und die Motivation für überlebenswichtige Verhaltensweisen.

Emotionen vermitteln uns (überlebens)wichtige Beurteilungen über Stimuli, noch bevor wir in einem bewussten kognitiven Prozess die betreffende Situation evaluiert haben. Somit geben uns Emotionen eine unmittelbare Bedeutung von Situationen und Erlebnissen (Zajonc 2000; LeDoux 2001). Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass der emotionale Verarbeitungsweg für Sinneseindrücke im Gehirn wesentlich schneller ist als der bewusste kognitive Verarbeitungsweg (LeDoux u. Phelps 2000). Emotionen haben somit einen wesentlichen Einfluss auf unsere kognitiven Prozesse und Entscheidungen (Damasio 1997; Zajonc 2000).

Unser implizit-emotionales Gedächtnis speichert wesentliche Lebensereignisse als Emotion ab und übt bei relevanten gegenwärtigen Erlebnissen in Form von emotionalen Schemata einen wichtigen Einfluss auf unser Leben aus (LeDoux 2001; LaBar u. Cabeza 2006). Dies bedeutet, dass wir uns nicht nur bewusst-kognitiv an vergangene Erlebnisse erinnern können, sondern auch emotional. Die Lernprozesse des Menschen sind also genauso emotionaler wie kognitiver Natur.

Selbstreflexive Emotionen wie Scham, Schuld oder Neid geben Aufschluss über das Selbstverhältnis des Menschen, die Beziehung des Menschen zu sich selbst (Leary 2004). Diese Emotionen entstehen durch Sozialisierungs- und Erziehungsprozesse des Menschen. Sie dienen zur Integration des Individuums in eine Gemeinschaft, indem sie seine sozialen Verhaltensweisen steuern. Diese selbstreflexiven Emotionen regulieren unser Zusammenleben mit anderen Menschen, indem sie uns

zu sozial adaptiven Handlungen stimulieren, wie etwa soziale Kontakte einzugehen (z. B. Freude und Interesse), bei Fehlverhalten die sozialen Kontakte sicherzustellen (z. B. Schuld) oder in Auseinandersetzungen zu bestehen (z. B. Ärger oder Angst) (Oatley 1992; Leary 2004). Weil die selbstreflexiven Emotionen die Verinnerlichung von Werten und Normen widerspiegeln und unser Verhalten in der Gruppe regulieren, werden sie manchmal auch „moralische Emotionen“ genannt (Haid 2004).

Auch helfen uns der emotionale Gesichtsausdruck und das emotionale Verhalten dabei, andere Menschen über unser Befinden, unsere Einstellungen und Motivationen zu informieren. Durch den Ausdruck von Emotionen können wir andere Menschen auch in ihrem Verhalten beeinflussen, so zum Beispiel, wenn ein Mensch bei Kritik einen ärgerlichen Gesichtsausdruck zeigt und die andere Person daher ihre Kritik abmildert. Menschen mit einem reduzierten emotionalen Ausdruck irritieren uns nicht zuletzt deshalb, weil sie uns den Zugang zu einer wesentlichen Informationsquelle über ihre Befindlichkeit, ihre Motivation und ihre Haltung verwehren.

Außerdem werden Emotionen als aus der Person kommend, unmittelbar der eigenen Person zugehörig und als deren ureigenster Ausdruck erfahren, weshalb sie uns den Eindruck von Authentizität und Identität vermitteln (Clore u. Gasper 2000). Emotionen werden in dieser Hinsicht von uns als unbedingt „wahr“ und „zutreffend“ empfunden. Eine kritische Distanz zum eigenen emotionalen Erleben aufzubauen ist ein schwieriger Prozess im Rahmen der Emotionsregulation und nicht zuletzt auch Ziel psychotherapeutischer Prozesse. Die Qualität von Emotionen kann dazu führen, dass sich ein Mensch mit krankhaften Ängsten als gefährdet erlebt, auch wenn es keine objektive Bedrohung gibt (sog. emotionale Beweisführung). Und eine fröhliche Stimmung, selbst unter Drogeneinfluss, lässt einem alle Probleme als lösbar und nebensächlich erscheinen, auch wenn objektiv betrachtet die aktuelle Situation dem nicht entspricht. Umgekehrt erleben Patienten mit schweren Depressionen, entgegen allen Realitäten und rationalen Gedankengängen, ihr Leben als hoffnungslos und nicht lebenswert. Wenn wir etwas fühlen, dann haben wir den unmittelbaren Eindruck des Gegebenen. Es ist wesentlich leichter, sich von den eigenen Handlungen oder den eigenen Gedanken zu distanzieren, etwas anderes zu tun oder zu denken, als etwas anderes zu fühlen. Auf der anderen Seite sind Gedanken, die sehr emotional besetzt sind, selbst gegen objektive und rationale Einwände ausgesprochen veränderungsresistent (was man insbesondere an verliebten oder wütenden Menschen gut beobachten kann).

## 1.2 Emotionen und psychische Erkrankungen

Ein angemessenes Erleben sowie ein angemessener Ausdruck von Emotionen sind Grundlage eines normalen psychischen Erlebens, sodass sich eine Störung emotionaler Prozesse und deren Regulation in psychischen Beschwerden bis hin zu psychischen Erkrankungen zeigt. Schaut man sich die verschiedenen psychischen Erkrankungen bzw. Störungen genau an, dann wird man im Zentrum der Beschwerden des Patienten in der Regel problematische und belastende emotionale Prozesse finden. Fast alle psychischen Störungen weisen in ihren offiziellen ICD-10-Diagnosen emotionale Störungen auf.

### Die emotionale Seite psychischer Erkrankungen

- depressive Episode: Interesse- oder Freudverlust, Schuldgefühle
- Manie: gehobene Stimmung
- Schizophrenie: verflachte oder inadäquate Affekte
- Panikstörung: intensive Angst
- Phobien: Furcht vor einem bestimmten Objekt
- generalisierte Angststörungen: Anspannung, Besorgnis und Befürchtungen
- Hypochondrie: ständige Angst, an schweren körperlichen Krankheiten zu leiden
- Borderline-Persönlichkeitsstörung: Neigung zu Ausbrüchen von Wut; unbeständige, unberechenbare Stimmung
- Histrionische Persönlichkeitsstörung: oberflächliche, labile Emotionen
- Ängstlich-Vermeidende Persönlichkeitsstörung: Gefühle von Anspannung und Besorgtheit; Furcht vor Kritik, Missbilligung oder Ablehnung
- Abhängige Persönlichkeitsstörung: unbehagliches Gefühl, wenn die Betroffenen alleine sind, aus übertriebener Angst, nicht für sich allein sorgen zu können
- viele weitere psychische Erkrankungen bzw. Beschwerden

Bis zu 85% aller psychischen Störungen beinhalten eine Art von emotionaler Problematik (Thoits 1985). Emotionale Störungen sind also zentral für psychopathologische Prozesse und somit das letztliche Ziel der wesentlichen therapeutischen Interventionen und Veränderungen. Die therapeutisch angestrebten Veränderungen werden vom Patienten nur dann als hilfreich und sinnvoll bewertet, wenn diese dazu führen, dass er sich besser *fühlt*! Wenn zum Beispiel ein Patient mit sozialen Ängsten gelernt hat, sich besser durchzusetzen, dann ist das soziale Kompetenztraining das Mittel gewesen, um den letztlichen Zweck, die Senkung der Angst und einen Anstieg von Selbstwertgefühl und Stolz zu erreichen. Der Patient mag noch so erfolgreich im sozialen Kompetenztraining sein – solange er sich ängstlich fühlt, ist dieser Erfolg für ihn kaum von Interesse. Aus diesem Umstand erklärt sich auch die

gar nicht so seltene Bemerkung von Patienten bei kognitiven Interventionen des Therapeuten: „Ich weiß, dass sie Recht haben, aber ich fühle das nicht!“

Emotionale Störungen können sich zum einen in Form einer definierten psychiatrischen Erkrankung darstellen, zum anderen treten sie aber auch in Form von psychischen Beschwerden auf, die keiner offiziellen Diagnose des ICD-10 entsprechen, aber den Patienten dennoch zum Psychotherapeuten führen. In der psychotherapeutischen Praxis findet man viele Patienten, die sich unglücklich, traurig, depressiv fühlen oder an Gefühlen von Sinnlosigkeit und mangelndem Selbstwertgefühl leiden, ohne dass sie eine definierte psychische Erkrankung nach ICD-10 aufweisen. Nach Mahoney (1996) sind bei Psychotherapie-Patienten Ärger, Angst, Depression, Ekel, Hass, Peinlichkeit, Schuld und Scham die häufigsten Beschwerden.

Häufig täuscht die offizielle Nomenklatur der psychiatrisch-diagnostischen Systeme (ICD-10, DSM-IV) über die zentrale Bedeutung emotionaler Prozesse bei der überwiegenden Zahl von psychischen Störungen hinweg, da im Rahmen dieser Systeme nur phänomenologische Kriterien zur Diagnostik eingesetzt werden. Die rein äußerliche Beschreibung von psychischen Beschwerden erfasst aber in der Regel die störungsrelevanten emotionalen Prozesse. Diese können nämlich phänomenologisch kaum sichtbar und/oder schwer zu objektivieren sein. Somit entziehen sich die emotionalen Aspekte psychischer Störungen häufig der phänomenologisch orientierten psychiatrischen Klassifikation.

Diese Verborgtheit emotionaler Prozesse bei psychischen Störungen hat ihre Ursache darin, dass die sichtbaren Symptome der Störung Folgen einer Vermeidung oder Bekämpfung der problematischen Emotion sind (s. Kap.7). So vermeidet der Patient mit einer Zwangsstörung seine Ängste mit zwanghaften Handlungen, und der Patient mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung vermeidet das Auslösen seiner intensiven Ängste durch Vermeidung traumaassoziiierter Stimuli. Und Scham und Minderwertigkeitsgefühle stehen häufig bei Patienten mit Ess-Störungen im Zentrum der Erkrankungen, ohne dass diese sich aber in den diagnostischen Kriterien wiederfinden. Bei näherer Betrachtung kann man aber feststellen, dass die Patienten beim Auftreten von Minderwertigkeits- oder Schamgefühlen durch eine bulimische Fressattacke ein vorübergehend angenehmes Gefühl der Erleichterung erleben. Die sichtbaren Symptome einer psychischen Erkrankung sind häufig Folge eines dysfunktionalen Bewältigungsversuchs unangenehmer, problematischer Emotionen.

Häufig ist auch nicht bekannt, dass bestimmte Emotionen dazu da sein können, dem Patienten das Erleben einer anderen Emotion zu ersparen. Dieses Konzept der Vermeidung bzw. Bekämpfung von problematischen Emotionen, wie zum Beispiel Minderwertigkeitsgefühl, durch eine andere Emotion wie etwa Angst oder Ärger, ist zentral für die therapeutische Arbeit an Emotionen (s. Kap. 4). Viele der problematischen Emotionen, die Patienten erleben und zum Psychotherapeuten führen, sind die fatale Folge eines Bewältigungsversuchs für eine andere belastende Emotion.

Menschen, die eine grundsätzlich hohe Vermeidungshaltung in Bezug auf ihr emotionales Erleben aufweisen, leiden stärker unter Angst und Depressivität (Hayes et al. 2004). Insbesondere Menschen mit einer höheren Ausprägung von ängstlichen und depressiven Persönlichkeitseigenschaften erfahren bei einem vermeidenden Bewältigungsmechanismus für negative Emotionen eine Verschlechterung (ebd.; Campbell-Sills et al. 2006).

Eine Vielzahl von Studien hat mittlerweile für die verschiedensten psychischen Erkrankungen deutliche emotionsregulatorische Defizite der jeweiligen Patienten zeigen können. Zu den untersuchten Erkrankungen gehören u. a. die soziale Phobie, die generalisierte Angststörung, Panikstörungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen (Berking, 2008). Ihnen allen sind die Vermeidung negativer Emotionen und dysfunktionale Bewältigungsstile für diese Emotionen eigen. Außerdem haben viele dieser Patienten grundsätzliche Defizite beim Erleben, Erkennen und Benennen von Emotionen. Offenbar gehen diese emotionsregulatorischen Defizite der manifesten psychischen Erkrankung voraus und sind nicht Folge der psychischen Erkrankung (z. B. Seiffge-Krenke, 2000; Mennin et al., 2002; Berking et al., 2008). Eine Reihe von neurobiologischen Untersuchungen hat für diese Befunde mittlerweile auch entsprechende Ergebnisse geliefert (siehe Kapitel 3).

Die Forschung zu den Strategien der Bewältigung von Problemen hat ergeben, dass die Vermeidung des emotionalen Erlebens von Problemen zu einer deutlichen negativen Entwicklung dieser Probleme führt (Gross u. Levenson 1997; Feldner et al. 2003). Probanden, welche auf eine experimentell induzierte Angst mit Vermeidung reagieren sollten, zeigten eine subjektiv stärkere Angst als die Probanden, welche ihre Gefühle von Angst einfach nur beobachten sollten (Zvolensky u. Forsyth 2002). Zu den problematischen Strategien der Vermeidung des emotionalen Erlebens gehören u. a. die Weigerung, über das Problem nachzudenken, sich auf die positiven Aspekte der Ereignisse zu konzentrieren oder seinen Emotionen keinerlei Beachtung zu schenken.

#### **Potenzielle Folgen einer Vermeidungshaltung in Bezug auf das Erleben von Emotionen (Wenzlaff et al. 1991; John u. Gross 2004)**

- eine anhaltende Aktivierung der problematischen Emotion
- ein reduziertes Erleben positiver Emotionen
- ein reduziertes Wohlbefinden
- ein erhöhter Sympathikotonus
- Gedächtnisstörungen
- ein so genannter Rebound-Effekt, wenn die gleiche Emotion wieder ausgelöst wird

Eine besondere Stelle nimmt bei dieser Vermeidungshaltung die so genannte Alexithymie ein, die in einem Defizit in der kognitiven, insbesondere verbalen Repräsentation von Emotionen besteht. Alexithyme Patienten mit einem repressiven Bewältigungsstil, einer Überbetonung von Rationalität und Unterdrückung von

Emotionalität zeigen eher somatische Beschwerden wie zum Beispiel Bluthochdruck, Asthma und generelle somatische Beschwerden (Matthews et al. 2002). Die Wahrnehmung von Emotionen und deren Ausdruck stellen demnach einen wesentlichen Beitrag zur seelischen und körperlichen Gesundheit auch somatisch erkrankter Patienten dar (Taylor 1994). Zu den psychischen Erkrankungen, die gehäuft mit einer alexithymen Symptomatik (häufig in Form einer emotionalen „Taubheit“) einhergehen, gehören die Posttraumatische Belastungsstörung, Ess-Störungen, psychosomatische Beschwerden, Panikstörung, Angsterkrankungen und Depressionen.

Patienten weisen also unabhängig von den diagnostischen Kriterien ihrer psychischen Erkrankung eine Reihe von emotionalen Konflikten auf, die Ziel von direkten und indirekten psychotherapeutischen Interventionen sein können.

### Emotionale Konflikte bei psychischen Erkrankungen

- eine zu hohe Intensität an Emotionen (unterregulierte Emotionen): zum Beispiel Patienten mit Panikattacken, Wutausbrüchen oder Selbsthass
- eine zu niedrige Intensität an Emotionen (überregulierte Emotionen): zum Beispiel Patienten mit alexithymen Zügen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung mit emotionaler Abstumpfung
- zu lang anhaltende Emotionen: zum Beispiel Patienten mit chronisch milder depressiver Verstimmung (Dysthymie) oder chronischer Ängstlichkeit (generalisierte Angststörung)
- nicht angemessene Emotionen: zum Beispiel Patienten mit Schuld- oder Minderwertigkeitsgefühlen bei normaler sozialer Interaktion (soziale Phobie und Dependente Persönlichkeitsstörung usw.)
- angemessene, aber vom Patienten als problematisch empfundene Emotionen: zum Beispiel Traurigkeit bei Einsamkeit oder Ärger bei ungerechter Behandlung
- gleichzeitige Aktivierung von verschiedenen Emotionen mit konflikthafter Zuspitzung: zum Beispiel Einsamkeit, Scham, Traurigkeit, Angst und Ärger bei Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung

Ganz gleich, welcher Patient in die Psychotherapie kommt: Schon bei einer kurzen Befunderhebung wird der Therapeut in der Regel eine emotionale Konfliktsituation explorieren können, deren Korrektur ein Ziel der Therapie sein wird. Und es ist genau diese emotionale Problematik, die eine Psychotherapie so langwierig und schwierig machen kann. Nehmen wir als einfachstes Beispiel eine simple Phobie, zum Beispiel die Angst vor Spinnen. Würde es sich bei dieser Phobie um eine kognitive Störung handeln, sagen wir: im Sinne einer Fehlinterpretation der Gefährlichkeit von Spinnen, dann würde man dem Betroffenen ein verständliches wissenschaftliches Buch über die verschiedenen Arten von Spinnen in unseren Breitengraden geben, und er wäre binnen kürzester Zeit von seiner im wahrsten Sinne des Wortes unsinnigen Angst geheilt. Aber die Einsicht in die Unangemessenheit der Angst vor Spinnen führt leider nicht zur Heilung, weil es sich nicht um eine kogni-

tive Störung des Menschen handelt. Vielmehr handelt es sich um eine emotionale Störung, und deshalb bedarf es eines korrigierenden emotionalen Erlebens, um diese Angst zu verlieren. Aus diesem Grund ist die Expositionstherapie der Verhaltenstherapie in Form einer folgenlosen Konfrontation mit Spinnen therapeutisch wirksam.

Noch eindrücklicher sind Verhaltensweisen von Patienten mit einer Depression, die im Rahmen ihrer Traurigkeit und hoffnungslosen, deprimierten Emotionen ihre Lebenslage vollkommen irrational und falsch beurteilen. Patienten empfinden sich als bettelarm, andere Patienten sind voller Schuldgefühle, und wiederum andere leiden an Ängsten vor einer tödlichen Krankheit. Ihnen allen ist gemeinsam, dass es für ihre Befürchtungen nicht nur keine Grundlage gibt, sondern auch greifbare Beweise des Gegenteils. Aber da ihre irrigen Befürchtungen Folgen eines schwer gestörten emotionalen Prozesses sind, lassen diese sich kaum durch Einsicht und Argumente widerlegen.

Die Bedeutung eines gestörten emotionalen Erlebens als Grundlage psychischer Erkrankungen lässt sich auch an den psychopharmakologischen Interventionen verdeutlichen, die größtenteils auf die Normalisierung dieser emotionalen Prozesse bei schweren psychischen Erkrankungen abzielen. So reduzieren die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) die Symptome Angst und Depressivität, Benzodiazepine reduzieren Angst, und Antiepileptika wie Valproat und Carbamazepin bewirken eine Stimmungsstabilisierung.

Jede erfolgreiche Psychotherapie muss also mit einer Veränderung emotionaler Prozesse einhergehen, da nur eine emotionale Veränderung beim Patienten auch den Eindruck hervorruft, von der Therapie profitiert zu haben. Die Ziele dieses therapeutischen Prozesses können u. a. in der gesteigerten Fähigkeit zum differenzierten Erleben und auch Ertragen von Emotionen, das heißt in der Aufgabe der Vermeidung der Emotion bestehen. Oder es wird eine qualitative Veränderung einer problematischen Emotion, eine Reduktion der Intensität des emotionalen Erlebens, eine größere Vielfalt des emotionalen Erlebens oder die bessere Nutzung der emotionalen Information zur Initiierung von adaptiven Verhaltensweisen angestrebt. In dem Abschnitt „Annahmen, Strategien und Ziele der emotionsbezogenen Therapie“ (s. S. 20) werden die Ziele einer emotionsbezogenen Psychotherapie näher differenziert.

Damit jedoch eine Besserung des Patienten erfolgen kann, müssen die problematischen Emotionen in der Therapie bzw. im Alltag aktiviert und in der Folge korrigiert werden. Dies bedeutet natürlich, dass jede Psychotherapie, egal welcher Provenienz, Einfluss auf emotionale Prozesse nur dann nehmen kann, wenn sie in irgendeiner Weise auch emotional aktivierend wirkt. Man kann noch weitergehen und die Behauptung aufstellen, dass das Ausmaß der emotionalen Aktivierung, natürlich in Kombination mit entsprechenden korrigierenden Erfahrungen bzw. Techniken, eine erhebliche Auswirkung auf die Effizienz und damit die Dauer der Psychotherapie hat (s. Abschnitt „Emotionale Prozesse und psychotherapeutische Veränderungen“).

## 1.3 Emotionen und psychotherapeutische Schulen

Obwohl sich die theoretischen und therapeutischen Ansätze der unterschiedlichen Psychotherapie-Schulen in wesentlichen Aspekten unterscheiden, betrachten sie alle die Beeinflussung von emotionalen Prozessen als zentralen Wirkfaktor der therapeutischen Wirksamkeit des jeweiligen Verfahrens (Whelton 2004). Auffallend ist jedoch, dass lange Zeit keine therapeutische Schule ein übergreifendes Konzept zur therapeutischen Arbeit an und mit Emotionen entwickelt hat. Dieser Umstand spiegelt sich auch in der Tatsache wider, dass das Register der meisten Psychotherapie-Lehrbücher unter dem Stichwort „Emotion“ kaum Eintragungen aufweist.

Emotionen und deren Störungen sind zum einen sprachlich schwer zu fassen und gehen zum anderen mit einem direkteren und persönlicheren Kontakt zwischen Therapeut und Patienten einher. Daher ist es häufig für beide Seiten leichter, aus einer sicheren Distanz heraus die kognitiven und behavioralen Symptome zu thematisieren und an ihnen korrigierend zu arbeiten als sich auf das emotionale Erleben des Patienten einzulassen und hieran zu arbeiten. Kognitive und behaviorale Strategien lassen sich für Patient und Therapeut leichter sprachlich fassen und praktischer durchführen. Beide Punkte gelten auch für den Einsatz von Medikamenten. Natürlich sind der kognitiv-behaviorale und der medikamentöse Ansatz wichtig und zentrale Teile auch von emotionsbezogenen therapeutischen Prozessen. Entscheidend für die emotionsbezogene Therapie ist aber die direkte Arbeit an und mit Emotionen, das heißt, das direkte Thematisieren und Erleben der problematischen Emotionen und die damit verbundenen Interventionen. So kann man sich einen Patienten vorstellen, der mit Beziehungsschwierigkeiten zur Therapie kommt und bei dem sich die therapeutischen Strategien u. a. auf eine Verbesserung der kommunikativen Prozesse oder der Problemlösung zwischen den Partnern richten. Eine emotionsbezogene Intervention könnte sich aber auf den direkten Umgang mit Ärger und Wut bzw. Ängsten vor dem Verlassenwerden richten. Der erlebnisorientierte Aspekt im Sinne eines emotionalen Neuerlebens als therapeutische Intervention zur Korrektur problematischer Emotionen ist hier eine wesentliche Bereicherung der therapeutischen Techniken.

Bevor die Ziele der emotionsbezogenen Psychotherapie in dem Abschnitt „Annahmen, Strategien und Ziele der emotionsbezogenen Therapie“ ausführlicher dargestellt werden, sollen aber zunächst die Quellen der emotionsbezogenen Therapie Erwähnung finden. Letztlich stammen die in diesem Buch vorgestellten emotionsbezogenen Ziele und Strategien zu weiten Teilen aus den bekannten Therapieschulen. An dieser Stelle werde ich in aller Kürze die Konzeption der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen von emotionalen Prozessen bzw. ihre spezifischen Strategien für die Arbeit mit und an Emotionen erläutern. Dies kann hier leider nur in sehr beschränktem Umfang geschehen. Mir geht es im Wesentlichen darum, die

therapeutische Herkunft der im weiteren Verlauf des Buchs thematisierten Inhalte zu benennen. Auch hoffe ich anhand dieser Darstellung dem Leser bereits deutlich machen zu können, weshalb ich die emotionsbezogene Arbeit als ein integratives Konzept betrachte. Auf der einen Seite sind bei den unterschiedlichen therapeutischen Richtungen jeweils bestimmte Teile der emotionsbezogenen Therapie zu finden – zum anderen weisen ihre grundsätzlichen Konzepte in Bezug auf Emotionen große Überschneidungen auf. So postulieren fast alle psychotherapeutischen Konzepte, dass das Ertragen von negativen Emotionen zentral für eine Lösung der Probleme des Patienten ist.

## Emotionen in den einzelnen psychotherapeutischen Schulen

Im Mittelpunkt der **Gesprächspsychotherapie** stehen emotionale selbstreferenzielle Prozesse und die Bedingungen für die Aktivierung des emotionalen Erlebens und dessen Ausdruck in Form der Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Patient. Diese therapeutische Beziehung ist dadurch gekennzeichnet, dass der Therapeut den Klienten in diesen emotionalen selbstreferenziellen Prozessen empathisch und bedingungslos positiv beachtet (Rogers 1959; Biermann-Ratjen et al. 1997). Für Rogers ist die Basis psychischer Störungen die Inkongruenz zwischen dem Selbstkonzept und dem Erleben. Das unmittelbare Erleben dieser Inkongruenz, u. a. in der Form von Angst vor der Erfahrung und den vielen Möglichkeiten sowohl der Vermeidung dieser Angst als auch der angstauslösenden Erfahrungen und anderen Formen der Abwehr – zum Beispiel Verleugnung oder Verzerrung der Erfahrung im Bewusstsein –, stand nach Rogers' Beobachtungen im Mittelpunkt der Therapie. Er nahm an, dass nur durch eine Veränderung des Selbstkonzepts im Sinne einer steigenden Akzeptanz für neue Selbsterfahrungen eine Weiterentwicklung und ein Abbau von Symptomen möglich sind. Neue Erfahrungen bzw. selbstrelevante Stimuli müssen dann nicht mehr als bedrohlich erlebt bzw. abgewehrt werden, wodurch eine größere seelische Stabilität und damit zugleich Flexibilität des Patienten entstehen kann.

Für die in diesem Buch vorgestellten emotionsfokussierten Techniken ist zum einen die Konzeption der Gesprächspsychotherapie des Therapeuten-Patienten-Kontaktes von großer Bedeutung. Die Gesprächspsychotherapie betont die Empathie, das bedingungslose Verstehen und die Echtheit, wodurch das emotionale Erleben des Patienten in der therapeutischen Beziehung gefördert und einer Bearbeitung zugänglich gemacht wird. Zum anderen ist die Fokussierung der Gesprächspsychotherapie auf die Bearbeitung und Korrektur von selbstbedrohlichen Aspekten, vor allem in der Form von selbstabwertenden emotionalen Erfahrungen, ein zentraler Bestandteil der in diesem Buch vorgestellten emotionsbezogenen Arbeit an negativen Selbstschemata.

Auf dem Boden der Gesprächspsychotherapie entwickelte Gendlin (1998) mit dem **Focusing** eine körperbetonte Methode, die dem Klienten einen direkteren Bezug zu seinem emotionalen Erleben ermöglichen soll. Insofern betonte Gendlin besonders den erlebnisorientierten Charakter der Gesprächspsychotherapie, das heißt die emotionale Aktivierung des Patienten im Rahmen der Therapie. Durch eine Fokussierung auf den körperlichen Ausdruck von Emotionen können Patienten schrittweise auch die motivationalen, kognitiven und natürlich gefühlsmäßigen Anteile ihrer Emotionen erleben. Durch das Focusing kann insbesondere das emotionale Erleben von Patienten intensiviert werden, die in der Psychotherapie keinen unmittelbaren Zugang zu ihren Emotionen bekommen.

Die grundsätzliche Strategie des Focusing, also das Schaffen eines Zugangs zum emotionalen Erleben durch Wahrnehmung und Prozessierung von körperlichen Empfindungen, ist ein wesentlicher Teil der emotionsaktivierenden Strategien der emotionsbezogenen Therapie.

Die **Gestalttherapie** nach Frederick Perls (2002) stellt die Bewusstmachung unerwünschter Emotionen und die Fähigkeit, diese zu ertragen, in den Mittelpunkt einer erfolgreichen Psychotherapie. Die Gestalttherapie strebt die Darstellung des Widerstandes als Gestalt an, wodurch die Erfahrbarkeit eigener Widerstände für den Patienten ermöglicht werden soll. So arbeitet die Gestalttherapie zum Beispiel mit der Darstellung von inneren Konflikten im Rollenspiel, u. a. auch mit der 1- oder 2-Stuhl-Technik. Ein wichtiger Aspekt bei der gestalttherapeutischen Arbeit ist die Übernahme von Verantwortung für die bislang unerwünschten und verdrängten Emotionen.

Für die emotionsbezogene Therapie ist zum einen das gestalttherapeutische Konzept der Notwendigkeit einer Akzeptanz von problematischen Emotionen von Bedeutung. Patienten sollen lernen, ihre emotionsvermeidende oder -bekämpfende Haltung zu korrigieren. Zum anderen kommt insbesondere die 1- bzw. 2-Stuhl-Technik als emotionsaktivierende Strategie und Ansatz zur Arbeit an selbstabwertenden Schemata in der emotionsbezogenen Therapie zum Einsatz.

Grundlage der **Hypnotherapie** ist es, durch die Induktion bedeutsamer emotionaler Zustände im Rahmen der hypnotischen Aufmerksamkeitsfokussierung eine schnellere Veränderung der Patienten zu bewirken (Revenstorf u. Peter 2001). Die Aufmerksamkeitsfokussierung durch Imagination bzw. therapeutische Trance fördert ein sinnlich-situatives und damit emotionales Erleben, sodass die Patienten schneller und deutlicher ihre problematischen Emotionen wahrnehmen können. Die Affektbrücke dient zum Beispiel der Nutzung emotionaler Prozesse zur Klärung entscheidender Lernerfahrungen in der Kindheit, indem gegenwärtig erlebte Emotionen in die Kindheit zurückverfolgt werden (Watkins 1971). Hypnotherapeutische Techniken geben aber auch einen leichteren Zugang zu Ressourcen des Patienten, das heißt positiven emotionalen Prozessen. Insbesondere die Stimulation von Emotionen durch imaginative Sequenzen ist für die emotionsbezogene Therapie eine wichtige Technik.

Die **Psychoanalyse** hat bislang keine einheitliche Konzeption der Stellung und Bedeutung von Emotionen im Rahmen des normalen und pathologischen seelischen Geschehens und des therapeutischen Prozesses hervorgebracht. Dies scheint auch nicht das Anliegen der psychoanalytischen Theorie zu sein (Krause 2002). Eine Anpassung der freudschen Begrifflichkeit an die heutige Terminologie und eine Re-Interpretation seiner Affekttheorie aus heutiger Sicht sind kaum möglich. Freud selbst arbeitete lange Zeit mit einem rivalisierenden Begriff des Triebs, den er in Opposition zu den Affekten stellte (der Begriff „Emotion“ findet sich in den Schriften von Freud kaum). Er maß der Vernunft häufig eine sekundäre, die affektiven Impulse des Es umsetzende bzw. rationalisierende Funktion zu. Deshalb konzentrierte sich Freud auch auf die therapeutische Beziehung, im Rahmen derer u. a. durch Übertragung und Gegenübertragung eine Aktivierung emotional bedeutsamer Erlebnisse erreicht werden kann. Freud war sich also der zentralen Rolle der Emotionen (Affekte) bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen bewusst, und er betonte bereits die Bedeutung einer emotionalen Aktivierung bei der aufdeckenden Arbeit an traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit (Freud 1895).

Den Kernpunkt des neueren therapeutischen Ansatzes im Umgang mit problematischen Emotionen im Rahmen der psychoanalytischen Therapie formulierte Elizabeth Zetzel (1970), die von der Steigerung der „Affekttoleranz“ im Rahmen der Psychotherapie sprach. Eine Neuorientierung der Konzeption von Emotionen in der Psychoanalyse geschah erst durch Lichtenberg (1989), der Emotionen als zentral für motivationale Schemata ansah. Seit den 90er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gibt es eine zunehmende Anzahl von Psychoanalytikern, die emotionale Prozesse als zentrales Geschehen für die normale und pathologische Entwicklung des Menschen ansehen (Pfeifer u. Leutzinger-Bohleber 1992; Krause 2002; Dornes 1997). Im Rahmen seiner „strukturbezogenen Psychotherapie“ hat der Psychoanalytiker Gerd Rudolf (2004) den Emotionen einen zentralen Platz in der Entwicklung und Therapie psychischer Störungen eingeräumt. Somit wird heute die Arbeit an Emotionen auch in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie als zentrales Anliegen des therapeutischen Vorgehens angesehen, und es existieren Konzepte von emotionalen Prozessen und deren therapeutischer Bearbeitung (Spezzano 1993; Wöller u. Kruse 2001).

Die therapeutische Beziehung als Stimulation emotionaler Konflikte im Sinne der Übertragung und Gegenübertragung wird auch in der emotionsbezogenen Therapie genutzt. Außerdem basiert das schematheoretische Konzept der emotionsbezogenen Therapie auf der bekannten Annahme der Psychoanalyse, dass Konflikte in der Vergangenheit des Patienten und deren vermeidende Bearbeitung Anteil an seinen gegenwärtigen psychischen Beschwerden haben.

Die klassische **Verhaltenstherapie** (VT) konzentriert sich auf die direkte Stimulation einer problematischen Emotion im Rahmen einer Exposition, das heißt dem Aufsuchen der emotionsauslösenden Situation und der Hemmung der spezifischen Vermeidungshaltung (Reaktionsverhinderung). Hierdurch wird therapeu-

tisch eine Aktivierung der problematischen Emotion provoziert und mit oder ohne eine gleichzeitige Gegenkonditionierung durch die Aktivierung einer Entspannungstechnik eine emotionale Desensitivierung erreicht (Wolpe 1974). Der therapeutische Wirkfaktor hierbei ist eine Prozessierung und Habituation der problematischen Emotion, zumeist von Angst (Foa u. Kozak 1986). Eine über den expositionsorientierten Ansatz hinausgehende Arbeit mit Emotionen stellen die **Rational-Emotive Verhaltenstherapie** (RET) nach Ellis (Ellis u. Hoellen 1997) und die moderne **Kognitive Verhaltenstherapie** (KVT, s. Beck 2004) dar. Insbesondere Albert Ellis hat die Bedeutung von Kognitionen für die Entstehung von Emotionen und die strukturierte therapeutische Arbeit an Emotionen durch die Thematisierung der emotionsbestimmenden Kognitionen propagiert. Hierbei wird vor dem Hintergrund eines kognitiven Modells der Emotionen (s. Kap. 2) die Auslösung von problematischen Emotionen durch Kognitionen postuliert, insbesondere in Form von irrationalen Überzeugungen und dysfunktionalen Kognitionen. Der Wirkfaktor der RET und der KVT wird in der Korrektur dieser dysfunktionalen kognitiven Strukturen und der hierdurch bedingten emotionalen Prozesse gesehen. Außerdem konzentriert sich verhaltenstherapeutische Arbeit weiterhin auf die Identifikation und Korrektur behavioraler Auslöser von problematischen Emotionen und dem entsprechenden Reaktionsmanagement. Ausgehend von der KVT entwickelten eine Reihe von modernen Verhaltenstherapeuten spezifische, zum Teil störungsbezogene Therapien, die sich intensiv mit der Arbeit an emotionalen Prozessen auseinandersetzen.

In der emotionsbezogenen Therapie wird aus der KVT insbesondere die Beeinflussung von problematischen Emotionen durch interpretierende, bewertende Gedanken genutzt. Außerdem stellen gezielte Verhaltensänderungen einen zentralen Angriffspunkt zur Umsetzung von adaptiven Emotionen und zur Hemmung von maladaptiven Emotionen dar. Techniken der KVT sind insbesondere bei der emotionsbezogenen Arbeit mit instabilen Patienten außerordentlich hilfreich, die an sehr intensiven Emotionen wie Ärger, Wut, (Selbst-)Hass oder hoher emotionaler Anspannung leiden.

## 1.4 Moderne psychotherapeutische Konzepte der Arbeit an Emotionen

Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse der modernen Psychologie und der Weiterentwicklung psychotherapeutischer Schulen wurden in der jüngeren Zeit psychotherapeutische Konzepte entwickelt, in deren Mittelpunkt die direkte Arbeit mit und an Emotionen steht.

An erster Stelle ist hierbei die Pionierarbeit von Leslie Greenberg zu nennen, der Begründer der **Emotion-Focused Therapy** (2002, deutsch 2006). Ursprünglich aus der Gesprächspsychotherapie und der Gestalttherapie kommend, hat Greenberg seinen therapeutischen Ansatz auf die erlebnisorientierte direkte Arbeit an Emotionen gegründet. Somit hat er die zwei grundlegenden Aspekte der emotionsbezogenen Arbeit, die Thematisierung von Emotionen und deren erlebnisorientierte Veränderung, in sein Therapiekonzept mit einbezogen. Dabei hat Greenberg eine präzise Vorstellung der emotionalen Problematik und des Ablaufs einer emotionsbezogenen Therapie entwickelt, die weit über die bloße Aktivierung von Emotionen bzw. emotionalen Erfahrungen im therapeutischen Kontakt hinausgeht. Während es früheren erlebnisorientierten Ansätzen häufig an einem schlüssigen Konzept mit konkreten therapeutischen Schritten mangelte, kann Leslie Greenberg hier ein klar strukturiertes und auch wissenschaftlich evaluiertes Konzept vorlegen. Von ihm stammt auch die wichtige Unterscheidung von primären und sekundären Emotionen, und er war einer der ersten Psychotherapeuten, welche die Existenz von emotionalen Schemata als Grundlage psychischer Störungen in ihr Therapiekonzept einbezogen. Viele Teile der Arbeit von Leslie Greenberg wird der Leser im Kapitel 7 über die emotionsbezogene Therapie mit stabilen Patienten wiederfinden.

Eine Konzeption der direkten therapeutischen Arbeit an Emotionen, basierend auf psychoanalytischen Konzepten und in Anlehnung an Leslie Greenbergs Arbeit, existiert in Form der **Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy** (McCullough et al. 2003). Diese konzipiert den psychodynamischen Konflikt als eine grundsätzliche Emotionsphobie, die sich auf die Vermeidung bzw. Bekämpfung von konflikthaften Emotionen bezieht. Diese phobisch vermiedenen Emotionen und das Abwehrverhalten des Patienten werden in der Therapie konsequent angesprochen. Der Therapeut drängt auf das Erleben und Äußern der abgewehrten Emotionen, damit der Patient durch das Erleben eine Desensitivierung seiner problematischen Emotionen erfährt. Im weiteren Verlauf werden die bislang phobisch vermiedenen Emotionen u. a. durch den therapeutischen Kontakt korrigierend bearbeitet. Das Konzept der Emotionsphobie und praktische therapeutische Strategien zu deren Korrektur finden Eingang in die Konzeption therapeutischer Schritte in den Kapiteln 7 und 8.

Die verhaltenstherapeutisch orientierte **Schematherapie** nach Young et al. (2006) bezieht Emotionen als wesentlichen Teil von maladaptiven Schemata in die Konzeption sowie die Therapie von Persönlichkeitsstörungen mit ein. Die Schematherapie betont die Notwendigkeit der Aktivierung und Identifizierung von maladaptiven Schemata durch eine erlebnisorientierte Vorgehensweise. Dieses Vorgehen der Schematherapie stammt nicht zuletzt aus der Emotion-Focused Therapy von Leslie Greenberg. Die Schematherapie misst problematischen primären Emotionen aus der Lerngeschichte des Patienten somit eine zentrale Bedeutung im Rahmen der pathologischen Schemata bei und hat zu einem großen Teil das Konzept von Greenberg (2002) und McCullough et al. (2003) in Strategien der Kognitiven Verhaltenstherapie integriert.

Auch Robert Leahy, ein führender Vertreter der Kognitiven Verhaltenstherapie, integriert mittlerweile die Arbeit an emotionalen Schemata in seine Arbeit (Leahy 2002; 2003). Er konzipiert die sichtbaren Symptome von Patienten als Ergebnis von dysfunktionalen Bewältigungsschemata für problematische primäre Emotionen, das heißt als Ausdruck eines emotionsphobischen Konfliktes. Damit hat er deutlich gemacht, dass der emotionsfokussierte Ansatz von Greenberg (2002) die Kognitive Verhaltenstherapie sinnvoll bereichern kann. Die konzeptuelle Überschneidung zwischen den Ansätzen von Leahy und Young ist hierbei unübersehbar. Deren Einfluss auf die emotionsbezogene Therapie wird anhand der vorgestellten Konzepte in diesem Buch deutlich sichtbar.

Marsha Linehan (1996a; 1996b) hat mit ihrer **Dialektisch-behavioralen Therapie** (DBT) eine manualisierte integrative Psychotherapie geschaffen, in deren Mittelpunkt der Umgang mit intensiven, unterregulierten Emotionen bei Borderline-Patientinnen steht. Die Techniken der DBT, welche selbst eine Akkumulation verschiedener Strategien unterschiedlicher therapeutischer Schulen darstellen, lassen sich aber nicht nur auf Borderline-Patientinnen anwenden, sondern auch auf andere Patienten mit intensiven Emotionen wie Ärger, Wut und (Selbst-)Hass. Dabei hat Linehan u. a. das Konzept von Greenberg hinsichtlich der Unterscheidung von primären und sekundären Emotionen sowie andere Techniken seiner emotionsbezogenen Therapie übernommen. Die oben zitierten emotionsbezogenen Therapien von Greenberg und McCullough beziehen sich jedoch im Gegensatz zu Linehans Konzept auf stabile Patienten mit einem guten sozialen Funktionsniveau ohne Impulsdurchbrüche, Suizidalität, Aggressivität und andere Zeichen der Instabilität. Da die DBT sich im Gegensatz hierzu auf instabile Patienten mit unterregulierten Emotionen und den oben genannten Problemen konzentriert, ist sie als komplementär zu den oben erwähnten emotionsbezogenen Therapien zu betrachten. Viele Aspekte der DBT werden in Kapitel 8 über die emotionsbezogene Arbeit mit instabilen Patienten im Rahmen des **Emotionsmanagements** auftauchen.

Eine spezielle Form der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arbeit mit Ärger und Wut stammt von Taylor und Novaco (2005) sowie Kassiove und Tafrate (2002). Diese Psychotherapeuten haben Strategien für die Therapie von Patienten mit intensiven, unterregulierten Emotionen in Form von Ärger, Wut und aggressivem Verhalten entwickelt. Ihr therapeutischer Ansatz weist eine große Schnittmenge mit der DBT nach Linehan (1996a) auf. Die entsprechenden therapeutischen Strategien spielen in diesem Buch eine große Rolle, insbesondere bei der Arbeit mit instabilen Patienten im Rahmen des Emotionsmanagements (s. Kap. 8).

In der jüngsten Entwicklung von psychotherapeutischen Konzepten vertritt die so genannte **Acceptance and Commitment Therapy** (ACT) nach Hayes et al. (2005) die Auffassung, dass der erste Schritt in der Psychotherapie die Aufgabe der emotionsvermeidenden Haltung des Patienten sein sollte. Patienten sollen zunehmend lernen, problematische Emotionen zuzulassen und zu akzeptieren, anstatt diese weiter zu fürchten und zu vermeiden. Daher versucht die ACT, sämtliche dys-

funktionale emotionsregulatorische Aktivitäten des Patienten zu unterbinden. Sie hat zur Grundannahme, dass die negativen Emotionen und dazugehörigen Kognitionen nicht konsequenterweise zu problematischen Handlungen und Erlebnissen führen müssen. Vielmehr postuliert die ACT, dass die problematischen Konsequenzen negativer Emotionen durch die verzweifelten Versuche der Vermeidung des Erlebens dieser Emotionen entstehen. Die Mittel und Wege zur Vermeidung des emotionalen Erlebens werden in der Folge selbst schädlich (z. B. Alkohol, sozialer Rückzug, Selbsthass). Die Akzeptanz und die Achtsamkeitsstrategien der ACT, die auch zentral für die DBT sind, stellen wichtige Techniken der emotionsbezogenen Psychotherapie dar, insbesondere bei der Arbeit mit instabilen Patienten, finden sich in diesem Buch in Kapitel 6 wieder.

Matthias Berking, welcher aus der verhaltenstherapeutischen Schule von Klaus Grawe stammt, hat mit seinem Training Emotionaler Kompetenzen (TEK) viele wichtige Aspekte der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arbeit an und mit Emotionen zu einer exzellenten Darstellung gebracht (Berking 2010).

Sämtliche obigen Darstellungen von emotionsbezogenen Konzepten und Strategien verschiedener therapeutischer Schulen sind natürlich stark simplifiziert und auf einige wesentliche Kernaussagen reduziert worden. Ich hoffe jedoch, dass somit die Beiträge der einzelnen therapeutischen Richtungen zu den emotionsbezogenen Konzepten dieses Buchs deutlich geworden sind.

## 1.5 Emotionale Prozesse und psychotherapeutische Veränderungen

Ein gesunder, adaptiver Umgang mit Lebensereignissen besteht darin, negative Emotionen wahrzunehmen, auszuhalten, zu regulieren und, so weit möglich, zu nutzen (Frijda 1986). Ein solcher direkter, akzeptierender Umgang mit negativen Emotionen schützt vor der Entwicklung von psychischen Störungen. Eine Störung in der Wahrnehmung, dem Erleben und der Regulation von negativen, aber auch positiven Emotionen entfernt den Menschen von einer der wichtigsten Informationsquellen über sein Befinden – seine Ziele und Bedürfnisse – und erschwert ihm die individuell sinnvolle Anpassung an seine Umwelt.

In einem Review von mehr als 1000 quantitativen Psychotherapie-Studien wurde der positive Selbstbezug als das konsistenteste Korrelat eines positiven Therapie-Outcomes gefunden (Orlinsky u. Howard 1986). Patienten mit einem positiven Selbstbezug können vor allem ihre Emotionen und Empfindungen deutlicher wahrnehmen und damit auch nutzen. Dieses Ergebnis wurde auch durch Studien bestätigt, welche einen positiven Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur Wahrnehmung und zu dem Erleben der eigenen Emotionen und der psychischen Gesundheit

fanden (Matthews et al. 2002). Nach Greenberg und Safran (1989) ist eine Reduktion der emotionalen Vermeidungshaltung entscheidend für das positive Ergebnis einer Psychotherapie. Diese Ergebnisse zeigen den problematischen Effekt von Bewältigungsstrategien, die auf eine Vermeidung bzw. Bekämpfung der Wahrnehmung und des Erlebens von problematischen Emotionen bzw. emotionsrelevanten Kognitionen ausgerichtet sind.

Somit ist es nicht verwunderlich, dass sich die emotionale Aktivierung und Prozessierung im Rahmen verschiedener Therapiekonzepte als unerlässlich für den Erfolg einer Psychotherapie herausstellten (Whelton 2004). So ist die emotionale Intensität von Therapiesitzungen einer der besten Prädiktoren für einen psychotherapeutischen Therapieerfolg (Beutler et al. 2000; Iwakabe et al. 2000; Znoj et al. 2004). Meta-Analysen belegten die Bedeutung des Ausdrucks und der Verbalisierung von Emotionen für den Therapieerfolg von humanistischen Verfahren (Greenberg et al. 1994; Elliott 2001). Auch in verhaltenstherapeutischen Expositionstherapien war der Anstieg von Angst unter der Exposition bei der Behandlung von Patienten mit einer Zwangsstörung bzw. einer Posttraumatischen Belastungsstörung der wesentliche Prädiktor für den Therapieerfolg (Kozak et al. 1988; Foa et al. 1995). Neuere Studien über den Einsatz von emotionsregulatorischen Techniken im Rahmen einer typischen kognitiv-behavioralen Therapie belegen die Steigerung der Effektivität der Psychotherapie hierdurch (Berking et al., 2008). Weiterhin konnte die Wirksamkeit von erlebnisorientierten, emotionsbezogenen Therapien in mehreren Studien für eine Reihe von psychischen Beschwerden (z. B. Depression, Angsterkrankungen, Trauma) belegt werden (Elliott et al. 2004; Orlinsky u. Howard 1986). Passend hierzu ist auch der Befund, dass im Verlauf einer effektiven Psychotherapie sich der Gesprächsstil des Patienten von einem distanzierten Berichten äußerer Ereignisse über die Fokussierung auf innere Vorgänge hin zu einem emotional betonten Rapport verändert (ebd.; Hendricks 2001).

In Studien an Patienten, die zwar nicht an einer distinkten seelischen Erkrankung litten, sondern mit Lebensproblemen zum Psychotherapeuten kamen (z. B. berufliche Entscheidungssituationen, Trennung vom Partner, depressive Verstimmungen), war der emotionsfokussierte therapeutische Ansatz anderen therapeutischen Interventionen in seiner Effektivität überlegen (Greenberg et al. 1993).

Die Bearbeitung von negativen Emotionen durch das Niederschreiben dieser Emotionen und der hiermit zusammenhängenden Erlebnisse und Gedanken (so genanntes Emotionstagebuch) führt zu einer deutlichen Abnahme des Erlebens der negativen Emotionen im späteren zeitlichen Verlauf (Pennebaker u. Beal 1986; Pennebaker u. Francis 1996). Wählt der Patient eine oberflächliche, distanzierte Beschreibung der Ereignisse, dann kommt es jedoch nicht zu positiven Veränderungen. Offensichtlich führt die kognitive Reflexion bei gleichzeitigem Erleben der problematischen Emotion durch die schriftliche Niederlegung zu einer größeren Klarheit bezüglich der auslösenden Ereignisse und der Einsicht, dass die betreffende Emotion den Patienten nicht überwältigt.

Eine Aktivierung des emotionalen Erlebens im Sinne einer Katharsis, also ohne weiterführende psychotherapeutische Bearbeitung, führt jedoch nicht zu einer Abnahme, sondern eher zu einer Zunahme der Intensität der problematischen Emotion (Bohart 1980). Es bedarf vielmehr einer zusätzlichen kognitiven bzw. behavioralen Bearbeitung der erlebten Emotionen, sodass sich ein verändertes Erleben ihrer Bedeutung bzw. eine Korrektur maladaptiver emotionaler Prozesse ergibt. Die alleinige emotionale Aktivierung ist also kein wirksamer Therapiefaktor, sondern nur der erste Schritt in einer kognitiven und behavioralen Bearbeitung dieser Emotion. Von großer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang eine Studie, die zeigte, dass ein emotionales Prozessieren im Sinne der Beschäftigung mit den eigenen Emotionen (z. B.: „Ich nehme mir Zeit, herauszufinden, was ich wirklich fühle“) nur dann adaptiv ist, wenn auf das Prozessieren auch ein Ausdruck der Emotion folgt (Stanton et al. 2000).

## 1.6 Annahmen, Strategien und Ziele der emotionsbezogenen Therapie

### Grundannahmen der psychotherapeutischen Arbeit mit und an Emotionen

Fasst man die emotionsbezogenen Konzepte der verschiedenen psychotherapeutischen Schulen und der modernen emotionsbezogenen Therapieansätze zusammen, dann zeichnet sich eine Reihe von grundsätzlichen Prinzipien der direkten therapeutischen Arbeit an und mit Emotionen ab. Es sind letztlich diese Techniken und Strategien, welche die Grundlage der emotionsbezogenen Psychotherapie bilden.

#### Emotionsbezogene therapeutische Konzepte, Strategien und Techniken

- Emotionen sind zentraler Bestandteil der Ätiopathogenese psychischer Erkrankungen, u. a. durch ihre zentrale Stellung in Schemata.
- Psychische Symptome (sekundäre Emotionen, Verhaltensweisen, Kognitionen) sind häufig die Folgen eines Vermeidungsverhaltens in Bezug auf die Wahrnehmung und das Erleben von Emotionen. Patienten müssen deshalb lernen, unangenehme und problematische Emotionen zu erleben und auszuhalten.
- Die Aktivierung und das Erleben von Emotionen sind essenzieller Bestandteil einer erfolgreichen Psychotherapie.
- Der Ausdruck von Emotionen allein (insbesondere im Sinne einer Katharsis) hat keinen dauerhaften therapeutischen Effekt, sondern ist nur Voraussetzung zur weiterführenden therapeutischen Arbeit an Emotionen.

- Die Aktivierung von problematischen Emotionen muss mit einer kognitiven und behavioralen Bearbeitung kombiniert werden. Kognitive Prozesse sind für eine positive Veränderung von zentraler Bedeutung, zum einen im Sinne von Einsicht und Verständnis bezüglich problematischer Emotionen und der Schaffung neuer Bedeutungen und Sinngebung, zum anderen bezüglich neuer, adaptiver Verhaltensweisen.
- Die Akzeptanz für adaptive emotionale Erfahrungen und deren intensiveres Erleben sind hilfreich.
- Bislang vermiedene adaptive Emotionen müssen in entsprechende Verhaltensweisen umgesetzt werden, damit es zu einer dauerhaften Veränderung kommen kann. Emotionen gewinnen ihre adaptive Bedeutung in der Regel durch angemessene Kognitionen und Handlungen.
- Maladaptive Emotionen sollten radikal akzeptiert und kognitiv-behavioral bearbeitet werden. Darüber hinaus sollten sie soweit reguliert werden, dass sie den Patienten nicht mehr belasten und nicht mehr zu Kognitionen und Handlungen bewegen, welche ihm schaden. Zusätzlich sollten an Stelle der maladaptiven Emotionen adaptive Emotionen aktiviert werden.
- Die Exposition mit schwierigen und angstbesetzten Stimuli, einhergehend mit einer emotionalen Erregung, führt zu einer Reduktion der Intensität von negativen Emotionen (Habituation) und der diesbezüglichen Vermeidungssymptome.
- Für das Erleben dieser emotionalen Prozesse ist die sichere und von Akzeptanz und Empathie geprägte therapeutische Beziehung zu jedem Zeitpunkt die unabdingbare Grundlage.

Der Einsatz der diversen Strategien der emotionsbezogenen Therapie hängt insbesondere von der Stellung der emotionalen Symptome bei der Entstehung der psychischen Erkrankung ab. Den emotionalen Symptomen liegen in der Regel die folgenden unterschiedlichen Prozesse zugrunde:

### **Problematische maladaptive primäre Emotion bzw. maladaptives emotionales Schema**

Der Patient hat durch Lernerfahrungen, zumeist in der Kindheit, ein emotionales Schema entwickelt. Die schematische Emotion ist im Erwachsenenalter nicht mehr adaptiv, und sie führt zu einer seelischen Belastung des Patienten.

Ein Patient erlebt in sozialen Kontaktsituationen automatisch Schuldgefühle, wenn es zu Konflikten kommt. Die Schuldgefühle sind jedoch weder den Konfliktsituationen angemessen noch sinnvoll lebbar.

### **Problematische adaptive primäre Emotion**

Eine eigentlich angemessene und gesunde primäre Emotion wird durch ein konkurrierendes emotionales Schema bzw. ein maladaptives, selbstabwertendes Schema problematisch. Der Patient empfindet Emotionen wie Stolz, Interesse, Sehnsucht nach Geborgenheit u. ä. als unangenehm oder sogar bedrohlich.

Eine Patientin kann die Emotion Stolz nicht ohne Anspannung und Ängstlichkeit erleben, da diese Emotion in Widerspruch zu ihrem generellen, selbstabwertenden Schema („Ich bin schlecht“) steht.

### **Emotionsphobischer Konflikt**

Der Patient versucht, das Erleben von problematischen adaptiven oder maladaptiven Emotionen durch Bekämpfen oder Vermeiden zu reduzieren. Dies führt wiederum zu anderen, so genannten sekundären problematischen Emotionen bzw. selbst- oder fremdschädigenden Verhaltensweisen, die dann symptomatisch werden.

Ein Patient erlebt im Kontakt mit anderen Menschen häufig die belastende Emotion Minderwertigkeit. Diese problematische Emotion versucht er durch einen Selbsthass mit massiven Selbstabwertungen zu bekämpfen.

### **Reduzierte kognitiv-behaviorale Emotionsregulation**

Der Patient hat keine ausreichenden kognitiven oder behavioralen Kompetenzen, um seine emotionalen Prozesse zu regulieren.

Eine Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung erlebt extrem intensiven Ärger, der mit Beschimpfung ihrer Umwelt und Zerstören von Gegenständen einhergeht.

### **Fehlende Kompetenzen im Umgang mit Emotionen**

Der Patient kann seine adaptive Emotion nicht in eine angemessene Kognition, Ausdruck oder Verhaltensweise umsetzen, sodass er keinen Nutzen aus seinem emotionalen Erleben ziehen kann.

Eine Patientin erlebt zwar im Zusammensein das Gefühl von Zuneigung und Interesse, kann dieses jedoch weder zeigen noch in ein Annäherungsverhalten an andere Menschen umsetzen.

Die emotionsbezogene Therapie zielt auf die Veränderung von problematischen emotionalen Prozessen durch spezifische psychotherapeutische Techniken. Dies bedeutet, dass zum einen das psychische Problem des Patienten als emotionales Problem konzipiert wird und zum anderen eine möglichst direkte Beeinflussung dieser problematischen emotionalen Prozesse angestrebt wird.

Damit der Leser einen grundsätzlichen Eindruck von den „Angriffspunkten“ der emotionsbezogenen Therapie hat, welche wesentliche Teile dieses Buchs sind, werde ich im Folgenden grundsätzliche psychotherapeutische Prozesse in der Veränderung von Emotionen kurz erläutern.

## **Emotionsbezogene therapeutische Prozesse**

### **Die Förderung des bewussten Erlebens von Emotionen**

Patienten, die bislang ihre problematischen Emotionen vermieden und/oder bekämpft haben, lernen ihre Emotionen direkt und differenziert wahrzunehmen und zu erleben. Das Erleben von Emotionen in der Therapie wird somit immer dann gefördert, wenn Patienten ihre eigenen Emotionen nicht ausreichend wahrnehmen können bzw. sich gegen die Wahrnehmung und das Erleben ihrer Emotionen wehren.

### **Emotionen differenzieren und benennen können**

In der Regel können Patienten nur wenige Emotionen erkennen und benennen, was sich u. a. darin äußert, dass häufig nur von Angst gesprochen wird. Bei einem näheren bewussten Hinschauen jedoch lassen sich verschiedene Emotionen erkennen und voneinander unterscheiden. Neben der inhärenten emotionsregulatorischen Funktion einer differenzierten Wahrnehmung können Patienten mit der angemessenen Begrifflichkeit ihres emotionalen Erlebens diese in Folge auch bewusster und ihren Bedürfnissen gemäß regulieren.

### **Emotionstoleranz erlernen**

Das Erlernen einer so genannten Emotionstoleranz ist ein wesentlicher Schritt hin zu einer Reduktion der emotionalen Belastung und ein notwendiger Schritt, bevor man an einer Regulation der Emotion arbeiten kann. Der Patient soll in der Lage sein, das bewusste Erleben seiner problematischen Emotion auszuhalten und ihr nicht mit einer Vermeidungsreaktion zu begegnen. Hierzu gehört natürlich auch die Akzeptanz für die Existenz der Emotion. Die Emotionstoleranz ist naturgemäß das Gegenteil einer Vermeidungsreaktion und soll zu einer Habituation an die betreffende Emotion führen und mit einer Abschwächung ihrer Intensität einhergehen.

## **Emotionen verstehen lernen**

In der Regel haben (nicht nur) Patienten kein angemessenes Verständnis für ihre Emotionen. Sie wissen nicht, woher diese kommen und wozu sie da sind bzw. was durch sie zum Ausdruck kommt. Um aber mit Emotionen angemessen umgehen zu müssen, sollte der Patient die wesentlichen auslösenden und bedingenden Faktoren der Emotion in der Gegenwart, aber auch in der Vergangenheit (biographische Arbeit), verstehen lernen. Hierzu gehört nicht zuletzt auch ein Verständnis der Bedürfnisse, welche dem emotionalen Erleben zugrunde liegen.

## **Vermittlung regulatorischer Fähigkeiten bei intensiven Emotionen**

Instabile Patienten mit intensiven und unterregulierten Emotionen, zum Beispiel Ärger, Wut und (Selbst-)Hass, lernen die kognitive und behaviorale Kontrolle über ihre Emotionen wiederzuerlangen. Hierzu müssen Patienten lernen, eine Einsicht in die kognitiven und behavioralen Entstehungsbedingungen ihrer Emotionen zu gewinnen und entsprechende emotionsregulierende Techniken anzuwenden. Diese Techniken sollen primär eine Reduktion der emotionalen Intensität und eine Hemmung von selbst- oder fremdschädigenden Verhaltensweisen erreichen. Dadurch wird der Instabilität entgegengewirkt, die aus den intensiven Emotionen bzw. emotionalen Durchbrüchen entstehen. Bei diesen Patienten geht es demnach nicht um die Förderung des emotionalen Erlebens, da dieses bereits sehr intensiv ausgeprägt und unterreguliert ist.

## **Veränderung von maladaptiven Emotionen**

Patienten mit maladaptiven Emotionen, also Emotionen, die weder angemessen noch hilfreich sind, sollten durch geeignete Interventionen und Strategien lernen, diese Emotionen zu regulieren, sich ihnen entgegengesetzt zu verhalten und alternative adaptive Emotionen zu entwickeln. Ein Patient mit Schamgefühlen sollte also diese kognitiv bearbeiten können (z. B. „Ich bin in Ordnung, auch wenn ich einen Fehler gemacht habe“ und „Auch wenn ich Scham fühle, so ist dies Gefühl nicht richtig, denn ich bin o.k.“). Im Zusammenhang mit der kognitiven Regulation werden bislang nicht wahrgenommene Emotionen gefördert, neue Emotionen durch veränderte Aufmerksamkeitsprozesse hervorgerufen oder durch gezielte Verhaltensänderungen alternative adaptive Emotionen angestrebt. Auch hierzu bedarf es häufig eines erlebnisorientierten, emotionsaktivierenden therapeutischen Stils, damit eine emotionale Veränderung stattfinden kann. Nur wenn die maladaptiven Emotionen zu intensiv und bedrohlich sind, wie es zum Beispiel bei Schamgefühlen häufig der Fall ist, sollten auch eher distanzierende kognitive und behaviorale Techniken zum Einsatz kommen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch die so genannte Explikation der maladaptiven Emotion, d. h. die Einsicht in die Entstehungsbedingungen dieser Emotion in Kindheit und Lerngeschichte.