

Gernot Hauke und Jan Spreemann

Wie der Körper bei der Arbeit mit Emotionen hilft. Embodiment in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)

How the Body helps to work with emotions. Embodiment in Strategic Behavioral Therapy (SBT).

Zusammenfassung

Aktuelle empirische Befunde der Embodimentforschung belegen, dass die Bedeutung des Körpers bei der Initiierung und Regulation psychischer Prozesse bislang massiv unterschätzt wurde. Es wird deutlich, dass der Körper therapeutische Prozesse unterstützt, wenn man ihn gezielt einsetzt. Dies ist sowohl für Patienten als auch für ihre Therapeuten in der Regel sehr vitalisierend. Wir beschreiben mit Blick auf verschiedene Themen und Therapiephasen unsere Arbeit mit Emotionen. Diese können willkürlich mit Hilfe des Körpers hergestellt und reguliert werden. Solche Erfahrungen vermitteln nicht nur ein direkteres „Begreifen“ von Emotionen. Darüber hinaus lassen sich auch Kontrollerfahrungen vermitteln, die im Zusammenhang mit emotionsbezogener Unter- bzw. Überregulation von größter Bedeutung sind.

Stichwörter

Verhaltenstherapie – Embodiment – emotionale Arbeit – Emotionsregulation

Summary

Recent empirical findings in the area of embodied cognition show that the body's role regarding the generation and regulation of mental processes has been massively underestimated so far. It is evident that the body is able to support mental processes if one is ready to use it. In addition, patients and their therapists are much more vitalized by that kind of work. Here, we show our work with emotions which can be generated and regulated consciously by the body. These experiences provide an immediate understanding of emotions. Furthermore, people can experience control, which is extremely important in the context of emotional under- or over-regulation.

Keywords

behaviour therapy – embodiment – emotional work – emotion regulation

■ Einleitung

Die Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT) wendet empirisch gesicherte Befunde der aktuellen Embodimentforschung an und bietet damit ein Vorgehen, das sich auch sehr gut als Ergänzung bereits bestehender kognitiv-behavioraler Ansätze eignet. Wir zeigen hier, auf welche Weise der Körper in die Verhaltenstherapie einbezogen werden kann, damit eine intensive Arbeit mit Emotionen gelingt.

In letzter Zeit wird auch in der Verhaltenstherapie die Bedeutung des Körpers immer wieder betont (z. B. Klinkenberg, 2002). Vielleicht lag es ja an ihrer strengeren empirisch-wissenschaftlichen Haltung, dass sich die Verhaltenstherapie – anders als in anderen Therapierichtungen – mit der Integration des Körpers in die praktische therapeutische Arbeit bisher schwerertat. Wir werten dies als eine Form der Redlichkeit, die sie sicherlich auch vor ungutem „Wildwuchs“ bewahrt

hat. Andererseits hat man hier zu lange und aus heutiger Sicht zu sehr vereinfachend bestimmte kognitive Prozesse im Sinne der Computer-Metapher interpretiert (Barsalou, 2008). Demnach wird der Input der diversen Sinnesmodi in abstrakte Symbole umgewandelt, die dann nach bestimmten Regeln weiter verrechnet und zu Ergebnissen von Denk-, Entscheidungs- und Problemlöseprozessen führen, worauf „Befehle“ an den Körper vermittelt werden, entsprechende Handlungen auszuführen. In dieser Konzeption ist der Körper nur ein Art „Ausgabe-Einheit“. Dieser Aspekt spiegelt sich in gewisser Weise auch in der Wirkrichtung wider, die durch die SORK-Kette dargestellt wird: Ein bestimmter Stimulus führt zu einem psychischen Erleben, das ein bestimmtes Körpergeschehen zur Folge hat, z. B. wenn eine traurige Nachricht (S) zu einer kollabierten Körperhaltung (R) führt.

Diese Denkweise ist gemäß wesentlicher Befunde der Embodimentforschung zu einseitig. Anhand zahlreicher empirischer

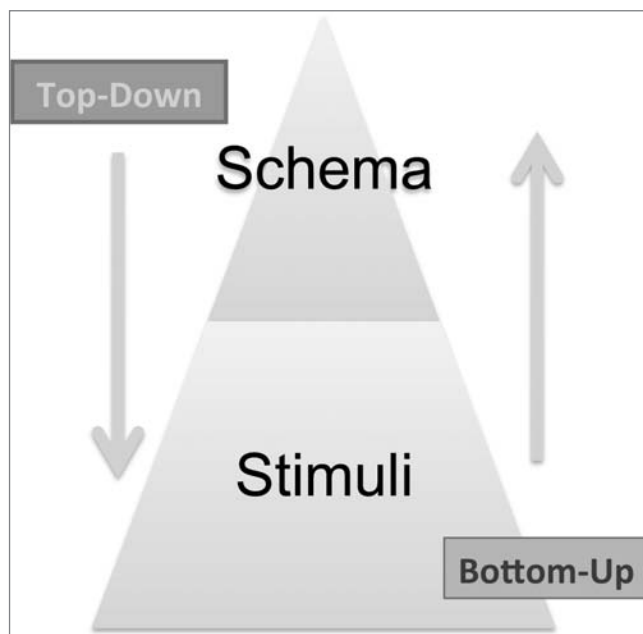
Studien wird dort eindrucksvoll belegt, dass auch die umgekehrte Wirkrichtung gilt.

■ Der Körper beeinflusst psychische Prozesse

Die Bedeutung der Körperhaltung für unsere Psyche spiegelt sich schon in unserer Alltagssprache wider, so etwa, wenn wir davon sprechen, „geknickt“ zu sein, einen „Standpunkt“ zu vertreten oder eine „Haltung“ zu zeigen. Zentrale These des Embodimentansatzes ist, dass z. B. allein die Körperhaltung ein physiologisches Milieu erzeugt, so dass dazupassende motivationale und emotionale Zustände entstehen, etwa wenn das Einnehmen einer stolzen Körperhaltung entsprechende positive Gedanken und Gefühle erzeugt (Oosterwijk, Rotteveel, Fischer & Hess, 2009). In der Kognitionspsychologie wird dies als Bottom-up-Aktivierung bezeichnet (Goldstein, 2002). Wir wollen das noch verdeutlichen, indem wir sogleich die Top-down-Aktivierung gegenüberstellen (Abb. 1).

Werden Informationen „top-down“ verarbeitet, so ist ein

Abbildung 1: Informationsverarbeitung durch Top-down- und Bottom-up-Prozesse



bestimmtes Schema, z. B. „stolze Frau“, bereits aktiviert. Es wirkt hier als Filter einströmender Informationen. Die Situation oder ein bestimmtes Wahrnehmungsobjekt gilt als „erkannt“, wenn möglichst viele Stimuli zum Schema passen. Über Bottom-up-Prozesse wird das Schema „Stolz“ erst aktiviert. Dies passiert aber nur dann, wenn Vergleichsprozesse möglichst häufig Passung zwischen Stimuli aller Modalitäten und Merkmalen des Schemas zeigen. So muss z. B. ein aufgerichteter Körper mit entsprechender Kopfhaltung usw. hergestellt sein, damit das Schema „Stolz“ aktiviert wird. Eine kollabierte Körperhaltung mit flacher Atmung und zu Boden gesenktem Blick wird dazu nicht in der Lage sein. Solche Zusammenhänge sind anschaulich irgendwie evident und werden bereits in der Therapiepraxis, z. B. in Zusammenhang

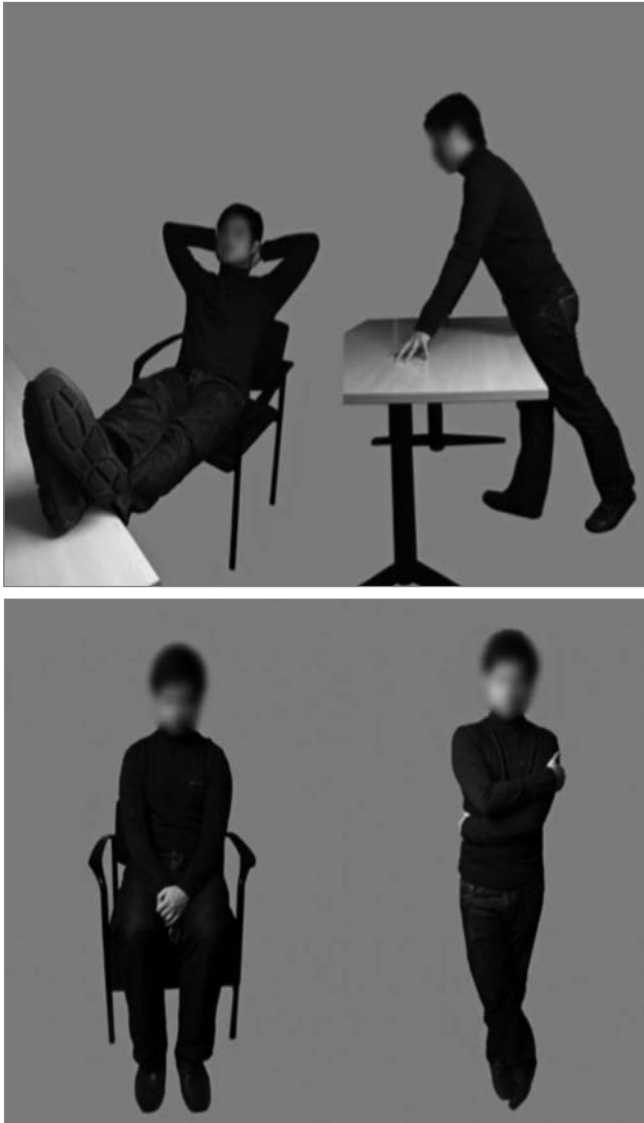
mit Übungen und Rollenspielen zum Thema Selbstsicherheit, von vielen Therapeuten intuitiv eingesetzt. Lässt sich die Bedeutung des Körpers für eine Schemaaktivierung aber auch wissenschaftlich beweisen? Sind also Stimuli, die aufgrund von Aktivitäten des Körpers entstehen, in der Lage, bottom-up kognitiv-affektive Schemata auszulösen?

Will man den Einfluss solcher Bottom-up-Prozesse belegen, dann muss man mögliche Top-down-Prozesse ausschließen. Soll also z. B. durch eine bestimmte Körperhaltung ein entsprechendes Schema ausgelöst werden, so darf die Versuchsperson nicht wissen, worum es geht. Ahnt sie, worum es geht, aktiviert sie eventuell das entsprechende Schema und löst damit Top-down-Prozesse aus. Deshalb wird mit Hilfe phantasiereicher Cover-Stories der tatsächliche Zweck der Untersuchung verschleiert. Dies geschah auch in der nachfolgend berichteten Untersuchung.

Hier interessierte die Frage, wie sich die Körperhaltung auf die Person, die sie selbst einnimmt, auswirkt. Führt also z. B. eine körperliche Darstellung von Autorität und Macht dazu, dass das „Machtschema“ ausgelöst wird und sich eine Person auch „mächtiger“ fühlt? Ist also eine entsprechende Motorik tatsächlich dazu in der Lage, das psychophysiologische System so zu beeinflussen, dass es einer Person möglich ist, sich von innen heraus mächtiger zu fühlen? Dieser spannenden Frage gingen Carney, Cuddy & Yap (2010) nach. Wenn also die Motorik dies bottom-up tatsächlich leisten kann, dann müssten bekannte empirische Indikatoren von Macht dies belegen können. Personen in der machtorientierten Körperhaltung sollten demnach ein deutliches Gefühl von Macht verspüren und messbare Ausprägungen von Risikobereitschaft zeigen. Auf der neuroendokrिनologischen Ebene sollte sich dies durch einen Anstieg des Testosteronspiegels und einer Absenkung des Cortisolspiegels zeigen. Ein erhöhtes Testosteronniveau steht für Selbstbehauptung und stärkt Dominanz. Das Niveau steigt z. B. bei Siegern eines Wettbewerbs an und sinkt nach einer Niederlage. Das Hormon Cortisol ist ebenfalls mit dem Machtthema verbunden. Personen, die sich mächtig fühlen, zeigen stets ein niedrigeres Cortisolniveau, das sich bei Stress auch nur langsam erhöht und sich schließlich rasch absenkt, wenn die Machtbilanz nach einer Herausforderung wieder als stimmig empfunden wird. Umgekehrt zeigen Personen, die sich eher machtlos fühlen, meist einen chronisch erhöhten Cortisolspiegel. Die Bottom-up-Aktivierung geschah durch Körperhaltungen, die zuvor aufgrund von Befunden im Bereich nonverbaler Kommunikation ausgewählt worden waren. Ein Versuchsleiter unterstützte dabei, die Körperhaltungen einzustellen (vgl. Abb. 2).

Natürlich durften die Versuchspersonen nicht ahnen, worum es bei dem Experiment wirklich geht, das zunächst als eine rein messtechnische Untersuchung dargestellt wurde. So wurden zunächst EKG-Anschlüsse an zwei verschiedenen Stellen des Körpers platziert. Damit sollte vom Machtthema abgelenkt und Top-down-Prozesse ausgeschlossen werden. Als Untersuchungsanlass wurde angegeben, dass man an der Messgenauigkeit in Abhängigkeit von der Stellung des Körpers interessiert sei. Jede Haltung wurde für eine Minute realisiert. Danach wurde die Risikobereitschaft mit Hilfe eines Glücks-

Abbildung 2: Machtvolle (oben) und wenig machtvolle Haltung (unten) (Carney et al., 2010)



spiels gemessen. Das subjektive Machtgefühl wurde anhand einer Skala bestimmt. Die Ergebnisse waren überzeugend. Personen, die die machtassoziierten Körperhaltungen eingenommen hatten, zeigten – im Gegensatz zu der wenig machtassoziierten Gruppe – das vorhergesagte Profil: Erhöhung des Dominanzhormons Testosteron, Reduktion des Stresshormons Cortisol und Zunahme der Risikobereitschaft sowie des subjektiven Gefühls von Macht. Dieses Ergebnis ist übrigens für beide Geschlechter gültig. Auch Koch (2011) beschreibt, wie Eigenbewegungen den Affekt, die Einstellungen und das Gedächtnis beeinflussen können. Das einfache Einnehmen einer Körperhaltung kann also eine Kaskade an psychophysiologischen Veränderungen herbeiführen und Personen relativ schnell in einen Zustand bringen, der z.B. zum Anpacken eines Veränderungsprojekts motiviert und einen günstigeren Umgang mit Stress vermittelt.

Diese Untersuchung ist Beispiel einer inzwischen stetig anwachsenden großen Menge an Untersuchungsbefunden

(Überblick bei Price, Peterson & Harmon-Jones, 2012). Sie weisen nach, dass nicht nur Körperhaltungen, sondern auch bestimmte Körperbewegungen, Veränderungen von Gesichtsausdrücken, Handkontraktionen usw. selbstberichtete Emotionen sowie motivationale Prozesse, z. B. die Intensität von Annäherungs- und Vermeidungstendenzen, stark zu beeinflussen vermögen. Körperbezogene Annäherungsbewegungen lassen wiederum von innen heraus eine offenere und positive Emotionalität entstehen usw. Dieser Einfluss lässt sich auch mit Hilfe neurobiologischer Methoden nachweisen, wobei die Beteiligung frontaler linkskortikaler Aktivitäten, ein Korrelat der Annäherungsmotivation, auffällt (Price et al., 2012). Weiterhin beeinflussen Körperhaltungen deutlich die physiologischen Parameter motivierter Aufmerksamkeit sowie subkortikal gesteuerte Prozesse. Der Einfluss auf das neuroendokrinologische Geschehen wurde ja eben schon dargestellt.

■ Herstellen von Emotionen durch Atemmuster, Körperhaltung und Gesichtsausdruck

Emotionsspezifische Gesichtsausdrücke sind intensiv untersucht worden, und die Vermutung lag nahe, dass eine Manipulation des Gesichtsausdrucks auch das entsprechende Gefühl erleben lässt (Ekman, 1999). Leitet man also eine Person an, zu lächeln, indem man sie die Mundwinkel heben und die Augenlidmuskeln leicht anregen lässt, dann sollte sie Freude empfinden. Diese inzwischen auch popularisierte Vorstellung ist wohl zu einfach, aber man kann zumindest von einer Beeinflussung einer entstehenden Emotion sprechen. Wehr und Bräutigam (1999) berichten über Metaanalysen, in denen von der Gesamtvarianz lediglich 12% auf die Vermittlung durch den Gesichtsausdruck entfallen. Insgesamt scheint es deshalb günstiger, von einer Modulationshypothese auszugehen. Die Bedeutung der Gesichtsmuskulatur konnte in der bereits klassischen Studie von Strack, Martin und Stepper (1988) deutlicher herausgearbeitet werden, bei der Versuchspersonen nicht selbst ihre Gesichtsmuskulatur einstellen, sondern dies von außen manipuliert wird. So mussten sie einen Stift mit den Lippen halten, wodurch die zum Lächeln benötigten Muskelgruppen gehemmt werden. Wird der Stift aber mit den Zähnen gehalten, so wird ein Lächeln stimuliert. Selbstverständlich wurde der Versuch wieder mit einer guten Cover-Story eingeleitet, so dass niemand die tatsächlichen Untersuchungsabsichten durchschauen konnte.

Wenn also das Feedback der Gesichtsmuskulatur wirklich das emotionale Erleben beeinflusst, so sollten präsentierte Cartoons unter den „Lippenbedingungen“ als weniger lustig empfunden werden als unter den „Zahnbedingungen“. Dies konnte tatsächlich bestätigt werden. In einem ergänzenden Experiment ergab sich sogar ein entsprechender Effekt ohne Vorlage des Stimulusmaterials. Die Autoren folgerten daraus, dass allein schon die Wahrnehmung einer körperlichen Veränderung, hier ausgelöst durch die Aktivitäten mit dem Mund, zu einer Veränderung im emotionalen Erleben führt. Wegen ihrer enormen Bedeutung und Aussagekraft wurde diese Studie

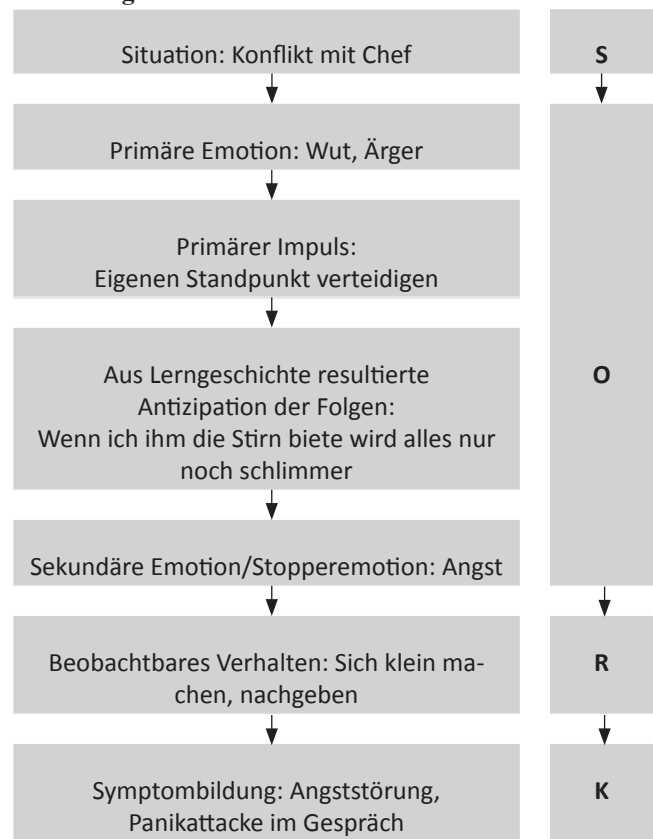
inzwischen schon mehrfach repliziert (z. B. Soussignan, 2002). Bisher sprachen wir lediglich von einem Einfluss auf das emotionale Erleben durch Manipulation der Gesichtsmuskulatur. Ließe sich vielleicht das volle emotionale Schema auslösen, wenn neben der Manipulation der Gesichtsmuskulatur zusätzliche Parameter integriert werden? In den Siebzigerjahren gab es intensive Bemühungen, verschiedene Emotionen mit Hilfe von physiologischen Reaktionsmustern zu klassifizieren. Der Arbeitsgruppe um Susana Bloch gelang es damals, sechs grundlegende Emotionen mit Atemmustern, Körperhaltung und Gesichtsausdruck zu charakterisieren: Freude-Lachen, Traurigkeit-Weinen, Furcht-Angst, Ärger, erotische Liebe und Zärtlichkeit (Bloch & Santibañez, 1972; Santibañez & Bloch, 1986). Die Autoren zeichneten Atembewegungen, Muskelaktivität, Puls, Blutdruck, Körperausdruck und subjektives Erleben auf. Zuvor wurde eine Gruppe von Versuchspersonen in Hypnose versetzt und in das Erleben intensiver emotionaler Situationen geführt. Eine weitere Versuchsgruppe bestand aus Schauspielschülern, die gebeten wurden, sich in erlebte, emotional aufgeladene Lebensereignisse hineinzusetzen. Aus den aufgezeichneten komplexen viszeromuskulären Reaktionen wurde jene ausgewählt, die sich besonders klar durch die Veränderungen von Atembewegungen, Gesichtsausdruck und Körperhaltung heraushoben. Die resultierenden prototypischen Konfigurationen dieser drei Merkmale, die ja prinzipiell auch unter willkürlicher Kontrolle standen, werden als emotionale Effektormuster bezeichnet. Damit war die Möglichkeit gegeben, durch präzise Ausführung körperlicher Handlungen, also durch Einstellen des Atemrhythmus und der Körperhaltung sowie durch Herstellen des Gesichtsausdrucks, eine bestimmte Zielemotion zu erzeugen (Bloch, Orthous & Santibañez, 1987; Bloch, 1989). Offenbar spielt der Atem eine führende Rolle bei der Aktivierung des emotionalen Schemas. Die Plausibilität dieser Annahme ergibt sich schon aus der Alltagserfahrung. Jeder, der in Angst, Wut, sexuelle Erregung oder Trauer gerät, kann nicht nur eine deutliche Veränderung seines Atemmusters erleben, sondern darüber hinaus auch noch weitere unterscheidende Merkmale darin feststellen. Deshalb erhoffte man sich noch klarere Einsichten durch eine Quantifizierung der jeweiligen Atemparameter (Bloch, Lemeignan & Aguilera, 1991). Hier konnten emotionsspezifische wichtige Unterschiede erfasst werden. Die Auswertung der Daten zeigte außerdem stets eine zeitliche Entwicklung, die mit einer mechanischen, fast roboterhaften Phase beginnt. Nach einiger Zeit ist jedoch das vollständige Effektormuster zu sehen, und das subjektive Gefühl wird immer deutlicher erlebt. In dieser Phase ist dann das vollständige emotionale Schema aktiviert. Susana Bloch hat die Anleitungen zur Emotionsinduktion systematisiert, didaktisch aufbereitet und ein Trainingsprogramm entwickelt, das unter dem Titel „AlbaEmoting“ insbesondere Schauspielern die Arbeit mit authentischen Emotionen nahebringen soll (Bloch, 2006). In der wissenschaftlichen Psychologie gibt es keinen vergleichbar ausgearbeiteten Ansatz. Vielmehr scheint der Versuch, insbesondere mit Hilfe des Atems Emotionen zu induzieren, mehr oder weniger zum Stillstand gekommen zu sein (vgl. Boiten, Frijda & Wientjes, 1994; Philippot, Chapelle & Blairy, 2002).

■ Emotionale Arbeit in der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT)

Die klinische Anwendung der oben beschriebenen Emotionsmuster ist in den theoretischen Kontext der Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) eingebettet. Ohne die SBT an dieser Stelle vollständig vorzustellen, möchten wir auf ein für die Arbeit mit Emotionen wesentliches Konzept näher eingehen (für eine umfassende Darstellung der SBT siehe Hauke, 2010, und Hauke, im Druck).

In der therapeutischen Arbeit gehen wir grundlegend von einer erweiterten Version des SORK-Schemas aus, der so genannten Reaktionskette (vgl. Abb. 3).

Abbildung 3: Die Reaktionskette aus Sicht der SBT



Eine primäre Emotion, die der normalen biologischen Reaktion auf eine gegebene Situation entspricht, wird durch eine sekundäre Emotion gestoppt, weswegen letztere auch als Stopperemotion bezeichnet wird.

Nehmen wir als Beispiel einen Patienten, der mit seinem Chef über eine längst fällige Gehaltserhöhung spricht. Während dieses Gespräches wertet der Vorgesetzte den Patienten ab und verweigert eine Gehaltserhöhung. Er blockiert also die Bedürfnisbefriedigung des Patienten. Die natürliche Reaktion auf eine derartige Blockade ist Wut. Der aus ihr folgende primäre Impuls ist, den eigenen Standpunkt zu verteidigen und beispielsweise selbstsicher Argumente vorzubringen, die für eine Gehaltserhöhung sprechen. An dieser Stelle greifen kognitiv-affektive Schemata als Resultat der individuellen Lerngeschichte des Patienten, die in der SBT als Überlebensstrategien bezeichnet werden.

Die Überlebensstrategie

Erhebung:

Die Überlebensstrategie wird am besten mit erlebnisorientierten Methoden, z. B. szenischer Imagination, erhoben. Dabei sind die wichtigsten Fragen: „Was brauchen Sie in dieser Situation ganz besonders dringend? Was müssen Sie dafür tun? Was müssen Sie unterlassen? Was darf Ihnen nicht passieren, damit die Bedürfnisbefriedigung nicht gefährdet wird? Was müssen Sie ansonsten befürchten?“

Syntax:

Die erfragten Daten werden dem verhaltenstherapeutischen Kontext entsprechend sortiert:

Nur wenn ich immer ... (dysfunktionales Verhalten)

... niemals ... (Wut und/oder verbotene Impulse)

... bewahre ich mir ... (zentrale Bedürfnisse bzw. zentrale Verstärker)

... verhindere ... (zentrale Angst)

In unserem Beispiel könnte die Überlebensstrategie wie folgt lauten:

Nur wenn ich immer die Bedürfnisse mir wichtiger Personen wahrnehme und bediene,

niemals eigene Ziele in den Vordergrund stelle, niemals Ärger äußere oder eigene Wege gehe, dann ...

... bewahre ich mir Bindung, Schutz und Sicherheit und ...

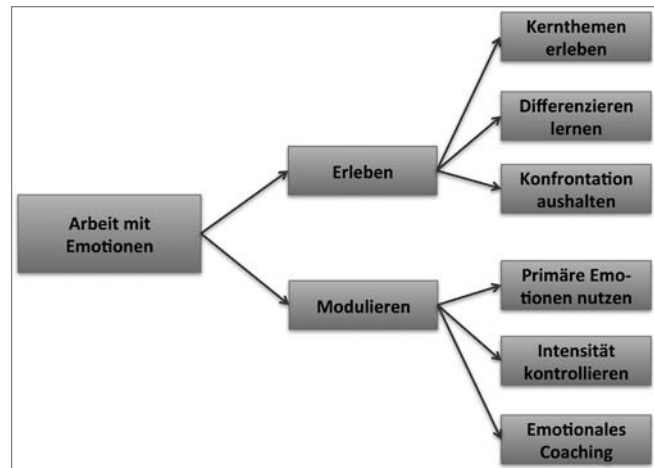
... verhindere schutzloses Ausgeliefertsein und Zurückweisung.

Der Patient hat im Umgang mit seinen primären Bezugspersonen - beispielsweise den Eltern - gelernt, dass bestimmte Emotionen entweder nicht ausgehalten oder sanktioniert werden. In unserem Beispiel könnten die strengen Eltern jede Form von Wut als schlechtes Gefühl verboten und bestraft haben. Diese Lernerfahrung drückt sich in der Antizipation der Folgen aus, nämlich dass sich die Situation verschlechtern wird, wenn der Patient dem Chef die Stirn bietet. Die primäre Emotion Wut wird somit als gefährlich bewertet, und es entsteht Angst als sekundäre Emotion oder auch Stopperemotion, da sie quasi die primäre Emotion stoppt. In dem Moment, in dem man Angst hat, ist man alles, aber nicht wütend. Aus dieser Angst heraus folgt das beobachtete Verhalten. Der Patient macht sich klein, unterwirft sich und gibt seinem Chef nach. Diese Form der Emotionsregulation kann durchaus lange stabil funktionieren. Es kann aber passieren, dass die primären Emotionen bei steigender Anspannung, steigendem Stress, so stark werden, dass nur noch ebenfalls sehr starke sekundäre Emotionen diese stoppen können. In unserem Beispiel etwa eine Panikattacke, die mittelfristig in eine Angststörung münden kann.

Themen der emotionalen Arbeit

Aus der Reaktionskette ergeben sich die folgenden Themen jeder emotionalen Arbeit, die grundlegend in **Erleben** als ersten Schritt und **Modulieren** als zweiten Schritt unterteilt werden können (vgl. Abb. 4).

Abbildung 4: Themen in der Arbeit mit Emotionen



Zu Beginn muss der Patient grundlegende Emotionen und ihre Kernthemen kennenlernen und erleben. Jeder Emotion kann ein Auslöser bzw. ein kognitiv-affektives Thema, eine Regulationsfunktion bezüglich der eigenen Person sowie eine beziehungsregulierende Funktion zugeteilt werden (vgl. Abb. 6). Es geht um erlebnisorientierte Psychoedukation. Der Patient muss verstehen, wofür er das ganze Spektrum menschlicher Emotionen benötigt und warum es eine Verschwendung von Ressourcen ist, auf bestimmte, z. B. verbotene Emotionen, in unserem Beispiel die Wut, zu verzichten.

Im nächsten Schritt gilt es, zu lernen, zwischen verschiedenen Emotionen zu differenzieren. In obigem Beispiel ginge es darum, aus dem emotionalen Gemisch „Panikattacke“ die einzelnen Emotionen herauszufiltern: Welche Emotionen tauchen wann auf? Dabei geht es sowohl um eine horizontale Analyse (Erleben der Reaktionskette) als auch um eine vertikale Analyse (welche Emotionen laufen parallel ab?). So wäre es im obigen Beispiel denkbar, dass neben der Angst auch Trauer und Scham sekundär aufgetreten sind.

Gelingt es dem Patienten, nun einzelne Emotionen zu differenzieren, folgt die Konfrontation mit diesen. Er muss erfahren, dass Emotionen kommen, aber auch wieder gehen. Sowohl die Angst als auch die Wut in unserem Beispiel müssen von dem Patienten als aushaltbar erlebt werden.

In den nächsten drei Schritten geht es um die Modulation von Emotionen, das heißt die Fähigkeit, auftauchende Emotionen bewusst zu regulieren, um bestimmte Bedürfnisse funktional befriedigen zu können.

Begonnen wird mit einer ersten Annäherung an die verbotenen primären Emotionen. Es geht darum, die darin vorhandenen Ressourcen zu erkennen und zu nutzen, z. B. die Kraft und Selbstbehauptung, die in der Wut steckt.

Da den Patienten meist die Übung im Umgang mit den verbotenen Emotionen fehlt, müssen die Patienten lernen, diese funktional zu regulieren. In unserem Beispiel würde es darum gehen, die Intensität der Wut bewusst so zu steuern, dass sie zu ihren Zielen passen. Zuviel Wut könnte z. B. eine Gehaltserhöhung vereiteln oder den Kommunikationspartner in einem wichtigen Gespräch in die Flucht schlagen.

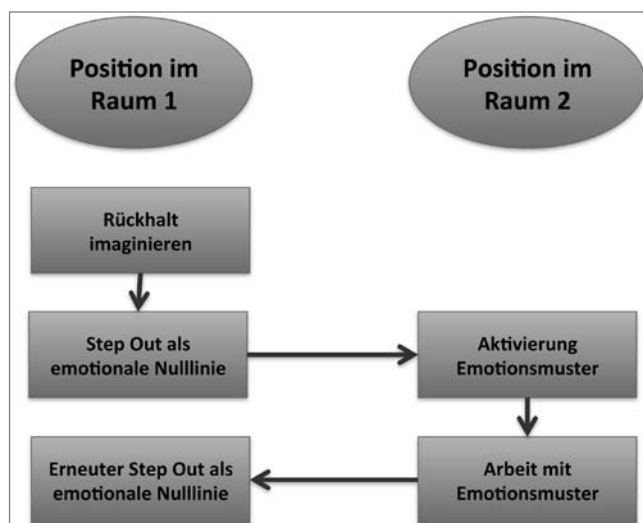
Die bisherige Arbeit mit Emotionen mündet im letzten Schritt in ein emotionales Coaching, in dem alle erworbenen Fä-

higkeiten gebündelt werden. Man könnte sich zum Beispiel vorstellen, dass der Patient aus dem Beispiel die eingangs beschriebene Situation im therapeutischen Raum möglichst intensiv nacherlebt und mit seinen erworbenen Fähigkeiten seine primäre Emotionen nutzt, um seine Bedürfnisse funktional zu befriedigen, in unserem Fall eine Gehaltserhöhung zu bekommen oder zumindest aufrecht und selbstbewusst seinen Standpunkt zu vertreten.

■ Grundlegendes Vorgehen in der Arbeit mit Emotionen

Bevor wir im Detail auf die beschriebenen sechs Themen in der Arbeit mit Emotionen eingehen, möchten wir das grundlegende therapeutische Vorgehen bei der Arbeit mit Emotionsmustern darstellen. Prinzipiell kann es in fünf Schritte unterteilt werden, wobei der Patient zwischen mindestens zwei verschiedenen räumlichen Positionen wechselt (vgl. Abb. 5).

Abbildung 5: Arbeit mit Emotionsmustern: Schematisches Vorgehen



Die Arbeit mit Emotionen findet grundlegend im Stehen statt. Der Patient beginnt auf einer beliebigen Position im Raum, dort bereitet er die eigentliche Arbeit vor und stellt eine emotionale Nulllinie her. Im Anschluss steigt er in die Emotion ein, indem er die Position wechselt und das betreffende Emotionsmuster aktiviert (vgl. Kasten 2). Die Sequenz endet mit dem Ausstieg aus der Emotion.

Im Detail können die **fünf Schritte** wie folgt beschrieben werden:

Alle Patienten haben die Erfahrung gemacht, dass bestimmte primäre Emotionen nicht erlaubt sind. Entweder sie wurden verboten, oder die Bezugspersonen haben sie nicht ausgehalten, sind kollabiert. Eine Patientin beschrieb sehr eindrücklich, wie sie als Dreijährige Angst hatte, weil ihre Eltern sich gestritten hatten und der Vater wütend aus der Haustür gerannt ist. Die Mutter kollabierte buchstäblich neben ihr, lag auf dem Boden und schrie, die Patienten war mit ihrer Angst alleine

und versuchte sogar, die Mutter zu trösten. Ihr fehlte der nötige Rückhalt, eine stabile Bezugsperson, die die kindliche Emotion aushält und ihr sozusagen den Rücken stärkt.

Bevor die eigentliche Arbeit mit den Emotionen beginnt, soll dieser Rückhalt körperlich erlebt und gespeichert werden:

Der Therapeut legt dazu dem stehenden Patienten eine Hand auf den Rücken. Dabei ist es wichtig, dass der Patient die Hand dorthin dirigiert, wo sie sich am besten anfühlt. Häufig ist dies der untere Rücken. Der Patient kann sich nun behutsam gegen die Hand lehnen und so einen stabilen Rückhalt körperlich erleben. Die Berührung wird meist als angenehme Wärme und Stabilität erlebt. Der Patient wird angeleitet, von dieser Berührung eine inneres Wärmebild, wie von einer Infrarotkamera, zu machen und dieses zu speichern. Vor jeder Arbeit mit Emotionsmustern wird im **ersten Schritt** nun dieses Wärmebild imaginiert, um dem Patient den nötigen Rückhalt zu geben, damit er sich gut auf die Emotionen einlassen kann. Im **Schritt zwei** folgt eine kurze Achtsamkeitsübung, der so genannte Step-out (vgl. Kasten 1). Wie der Name bereits suggeriert, geht es dabei um einen Ausstieg aus der aktuellen Emotion, einer Art emotionaler Nulllinie. Von dieser Nulllinie kann dann in die jeweilige Emotion eingestiegen werden.

Kasten 1: Emotionsregulation – Step-out

Der Step-out (nach Bloch et al., 1991) ist eine einfache Achtsamkeitsübung, die einen emotionalen Nullpunkt herstellt. Diese Übung ist zentral, da sie die erzeugten Emotionen kontrollierbar macht und von vielen Teilnehmerinnen wie eine Art Notausgang erlebt wird. Der Step-out wird grundsätzlich vor und nach jeder Übung durchgeführt, um einen „emotionalen Kater“ zu vermeiden.

Step-out: In stehender Haltung, die Füße schulterbreit und parallel, die Knie leicht gebeugt, wird der Blick auf einen festen Punkt auf Augenhöhe in einigen Metern Entfernung gerichtet. Wichtig ist, dass die Augen nicht geschlossen werden, sondern ein eindeutiger Punkt, beispielsweise ein Nagel an der Wand, fixiert wird. Es wird durch die Nase langsam ein- und durch den leicht geöffneten Mund ausgeatmet. Am Ende der Ausatmung kann bewusst eine kurze Pause gemacht werden. Die Übung kann um eine zu der Atmung synchrone Armbewegung erweitert werden.

Der Einstieg erfolgt im wörtlichen Sinne. Im **dritten Schritt** wechselt der Patient die Position und steigt in das Emotionsmuster ein. Die Muster beinhalten dabei immer Atmung, Körperhaltung sowie Gesichtsausdruck (vgl. Kasten 2).

Prinzipiell kann jede Emotion primär oder sekundär sein. Die klinische Erfahrung zeigt aber, dass vor allem Wut und Trauer als primäre Emotionen vermieden werden. Neben Angst kann auch häufig Freude als Stopperemotion beobachtet werden. Emotionen werden in diesem Fall weggelacht.

In unserer bisherigen Arbeit haben wir uns vor allem auf die vier Emotionsmuster für Wut, Trauer, Angst und Freude konzentriert, da ihnen im therapeutischen Prozess vor dem Hintergrund des Modells der Reaktionskette eine besondere

Kasten 2: Emotionsmuster

In Anlehnung an Bloch et al. (1991) wollen wir hier die Emotionsmuster für die vier Emotionen Wut, Angst, Trauer sowie Freude vorstellen. Die Arbeit damit muss jedoch sehr sorgfältig auf den therapeutischen Kontext abgestimmt werden.

Wut

In einem Bild kann man dieses Muster mit „**Wutschnauben**“ beschreiben.

Atmung: schnelles, tiefes und stoßartiges Atmen durch die Nase, so dass ein Sägezahnmuster entsteht; die Atmung ist 3-4-mal tiefer und schneller als in Ruhe;

Körperhaltung: Muskulatur ist angespannt, besonders Schultern und Arme, Bewegungstendenz nach vorn (Angriff);

Gesichtsausdruck: Lippen zusammengepresst, Nacken angespannt; Augen schmal; stechender Blick, das Gegenüber fixierend, am besten über Blickkontakt.

Angst

Als Bild passt hier der „**stockende Atem**“.

Atmung: in kurzen, schnellen Stößen durch den Mund schlagartig einatmen, zuerst wie bei Schreckreaktion, danach ein kurzes Ausatmen durch den Mund, das aber nicht tief oder vollständig ist. Mit relativ vollen Lungen beginnt erneutes Einatmen in kurzen, schnellen Stößen usw., so dass eine stockende, flache Brustatmung entsteht;

Körperhaltung: angespannt, Bewegungstendenz ist zurückweichend (Flucht);

Gesichtsausdruck: Lippen, Wangen und Hals angespannt, Augen weit geöffnet; Blick auf Gefahrenquelle gerichtet oder nach Gefahrenquelle umherschweifend.

Traurigkeit

„**Schluchzen**“ passt hier als Bild.

Atmung: wie beim Weinen durch die Nase in Stufen schniefend einatmen; langsames, tiefes Ausatmen durch den wenig geöffneten Mund, dabei eventuell Ton entstehen lassen (leichtes Stöhnen); wichtig ist, dass die Lunge vollständig geleert wird. Es wird so lange ausgeatmet, bis fast von alleine die schniefende Einatmung einsetzt.

Körperhaltung: eher schlaff, Körper beim Ausatmen kollabieren bzw. „schmelzen“ lassen;

Gesichtsausdruck: schlaff, entspannt, Wangen hängend, Lippen unverspannt; Brauen in der Mitte leicht hoch- und zusammengezogen.

Freude

Ein passendes Bild ist hier: „**Ich breche zusammen vor Lachen**.“

Atmung: durch die Nase tief einatmen, dann stoßartig durch den leicht geöffneten Mund ausatmen, dabei einen „He, He, He“-Laut erzeugen;

Körperhaltung: insgesamt eher gelöst und entspannt, beweglich, Oberkörper schwankt leicht von hinten nach vorn, dann völlig sich selbst überlassen, wobei sich der Körper ruckartig nach vorne und hinten bewegt;

Gesichtsausdruck: Mund offen, Mundwinkel nach oben, Lippen aber nicht zu sehr angespannt.

Bedeutung zukommt. Aus diesem Grund möchten wir uns auch hier auf diese beschränken.

Wie bereits erwähnt, wirken die so hervorgerufenen Emotionen im ersten Moment meist künstlich oder roboterhaft. Diese Phase vergeht aber meist rasch, und die echte Emotion glimmt auf. Mit steigender Übung wird der Einstieg zwar immer flüssiger. Es ist aber wichtig, in dieser Phase, die einige Sekunden bis wenige Minuten dauert, als Therapeut und sichere Bezugsperson den Patienten in die Emotion zu führen. Bei den ersten Versuchen kann es sinnvoll sein, mit in die jeweilige Emotion zu gehen. Auf jeden Fall sollte der Therapeut aber jede Emotion als Modell vormachen. Das heißt, dass der Therapeut sicher im Umgang mit den Emotionsmustern sein muss, was einer gewissen Übung bedarf.

Ist die echte Emotion da, kann im **vierten Schritt** mit der Emotionsarbeit begonnen werden, angefangen von Kennenlernen über das Aushalten bis hin zum emotionalen Coaching (s. weiter unten).

Als **fünfter Schritt** folgt analog zum zweiten Schritt der Step-out als emotionale Nulllinie und Ausstieg aus der Emotion, der wieder räumlich vollzogen wird.

■ **Klinische Anwendung**

Wir möchten nun für die bereits oben beschriebenen sechs Themen in der Arbeit mit Emotionen exemplarische Anwendungsbeispiele geben.

Kernthemen erleben

Die klassische Psychoedukation mit Flip Chart und Arbeitsblättern stößt meist dort an ihre Grenzen, wo es um neue Verhaltensweisen geht, wo der Patient die gewohnten Wege verlassen und die weißen Flecken auf seiner Landkarte erkunden soll. Kurz: wenn es um das Erleben geht. Kein Angstpatient glaubt, dass die Angst wirklich irgendwann weniger wird und nicht doch ins Unendliche steigt – egal, wie gut man die Angstkurve aufzeichnet, bis er es nicht selbst erlebt hat. Die Arbeit mit Emotionspattern ermöglicht, frühzeitig Emotionen erlebbar zu machen.

Eine Patientin, Mitte 40, kommt mit depressiven Symptomen in die Praxis. Sie ist erfolgreiche Geschäftsfrau und leitet ein größeres Team. In ihrer Partnerschaft ist sie aber sehr unsicher und dependent; sie fürchtet, ihr Partner könnte sie verlassen. Ihr ist es nicht möglich, eigene Bedürfnisse zu formulieren oder diese selbstbewusst einzufordern. Wut, so wird schnell klar, ist und war eine verbotene Emotion. Die Patientin erlebt Wut als etwas „Böses“.

Als Vorbereitung wird eine kurze Einführung zum Thema Emotionen gegeben. Emotionen werden als zentrales Handlungsaktivierungsprinzip mit einem starken biologischen Fundament beschrieben. Emotionen sind älter und schneller als die Vernunft. Sie sind nie falsch, sondern haben immer ihre Berechtigung. Es ist nicht das Ziel, bestimmte als negativ erlebte Gefühle nicht zu haben, sondern funktional mit den Emotionen umzugehen.

Wie Tabelle 6 am Beispiel der sechs willkürlich herstellbaren Emotionen zeigt, ist es stets wichtig, einer Emotion einen

Auslöser bzw. ein Thema sowie eine Regulationsfunktion bezüglich der eigenen Person sowie eine beziehungsregulierende Funktion zuzuteilen. Bei Wut geht es beispielsweise um die Blockierung einer Bedürfnisbefriedigung. Die Regulationsfunktion bezüglich der eigenen Person wäre die Aktivierung von Kraft und Selbstbehauptung sowie die Überwindung innerer und eventuell äußerer Barrieren auf dem Weg zur Bedürfnisbefriedigung. Die beziehungsregulierende Funktion ist die Warnung vor einem drohenden Angriff bzw. dem Zeigen von Aggression. Analog können die Emotionen Trauer, Angst und Freude beschrieben werden (vgl. Abb. 6).

Abbildung 6: Emotion, Auslöser, intra- und interpsychische Regulationsfunktionen adaptiert nach Hauke (im Druck). Die Spalten zwei drei und vier können dem SORK Schema zugeordnet werden, wobei der Auslöser der Variable **S**, die intrapsychische Regulationsfunktion der Variable **O** sowie die interpsychische Regulationstendenz der Variable **R** zugeordnet werden kann.

Emotion	Auslöser	Regulationsfunktion bzgl. Eigener Person	Regulationsfunktion bzgl. Gegenüber
Wut	Blockade der Bedürfnisbefriedigung	Aktivierung von Kraft; Überwindung innerer Barrieren	Warnung vor Angriff; Aggression
Angst	Wahrnehmung von Bedrohung	Identifiziert Bedrohung; aktiviert für Flucht oder Angriff	Unterwerfung; wehrt Angriff ab; warnt andere
Trauer	Verlust eines wertvollen Objekts; Mangel an Wirksamkeit	Geringe Intensität fördert Empathie, hohe Intensität Handlungsunfähigkeit	Löst Pflege- und Schutztendenzen sowie Unterstützung und Empathie aus
Freude	Wohlbefinden, gute Fortschritte bei Zielerreichung	Signal, die momentane Aktivität fortzuführen	Fördert soziale Bindung durch Übertragung von positiven Gefühlen
Zärtlichkeit Bindung	Wichtige Bezugspersonen: Partner, Kinder, Familie; Freunde	Öffnet für das Gegenüber	Signalisiert Zuneigung und Wunsch nach größerer Nähe
Sexualität Erotik	Erregendes Detail einer Situation	Fokussiert auf Geschlecht des Gegenübers	Signalisiert Wunsch nach körperlicher Vereinigung

Die Patientin wird nun angeleitet, sanft in das Wutmuster (vgl. Kasten 2) zu gehen und wieder auszusteigen. Nach einigen Durchgängen wird sie angeleitet, gleichzeitig auf einen Wutblock, beispielsweise einen Schaumstoffblock, zu schlagen. Dabei ist wichtig, dass die Übung gut strukturiert ist, so wird etwa die Dauer sowie die Anzahl der Schläge genau vorgegeben, um der Patientin Sicherheit zu geben. Die Patientin beginnt mit drei Schlägen, die in ihrer Intensität stärker werden sollen. Danach folgt ein Step-out und eine kurze Nachbesprechung. Dabei fällt auf, dass die Patientin sich „irgendwie wackelig“ auf den Beinen fühlte. Da zur Wut unbedingt ein fester Stand gehört, wird ein sicherer Stand geübt und dann erneut das Wutmuster aktiviert, diesmal mit mehr Schlägen und einer höheren Intensität. Dabei fungiert der Therapeut als Regisseur, der versucht, aus der Patientin möglichst reine Wut herauszuholen. Während des zweiten Durchgangs spürt sie schnell die Kraft, die in ihrer Wut steckt, und muss unwillkürlich grinsen. Energetisiert und strahlend geht sie aus dieser Stunde.

Differenzieren lernen

Für die meisten Patienten ist es sehr schwierig, zwischen verschiedenen Emotionen zu differenzieren. Häufig steckt hinter Aussagen wie „Ich fühle mich schlecht“ oder „Eigentlich geht es mir ganz gut“ ein diffuses Gemisch aus Emotionen, Gedanken und körperlichen Empfindungen. Bevor mit und an den einzelnen Emotionen gearbeitet werden kann, müssen diese als solche erkannt und unterschieden werden. Dazu ein Beispiel: Ein Patient, 40 Jahre, kommt mit einer Therapieanweisung in eine Ambulanz für Straftäter. Trotz einer vergleichsweise leichten Straftat wurde die ursprüngliche Bewährung widerrufen, und der Patient musste einige Monate ins Gefängnis. Grund hierfür war das unkooperative und querulatorische Verhalten des Patienten im Umgang mit den Justizbehörden. Die Persönlichkeit des Patienten imponiert mit narzisstischen und histrionischen Persönlichkeitsanteilen. Der Patient darf keine Schwäche zeigen, insbesondere Trauer und Angst sind verboten. Im Sinne der „Flucht nach vorn“ geht er lieber in die Wut, anstatt die primär vorhandenen Gefühle von Angst oder Trauer zu zeigen. Diese würden ihn, wie er später erkannte, klein und hilflos dastehen lassen. Dies wird durch die sekundäre Emotion „Ärger“ verhindert. Der Patient berichtet von einer Situation mit seiner Schwester unmittelbar vor der Stunde, die ihn überraschend stark berührt hatte. Es hatte ihn irgendetwas geärgert, aber genau kann er das nicht beschreiben. Um die Situation zu reaktivieren, projizieren wir die Schwester an die Wand. Das heißt, der Patient beschreibt detailliert die Schwester, wie er sie in der konkreten Situation gesehen und erlebt hat, und projiziert dieses Bild an die Wand. Der Patient wird dann angeleitet, die Situation mit allen Sinnen noch einmal nachzuerleben. Es kristallisiert sich ein Satz der Schwester heraus, der ihn besonders berührt. Zum Abschied sagt sie, dass sie jetzt arbeiten und er zu seinem Psychologen gehen müsse. Subjektiv spürt er jetzt deutlich Ärger, er fühlt sich durch den Satz angegriffen. Von außen kann man aber gut ein leichtes Zurückweichen sowie ein ängstliches Einatmen beobachten. Der Patient wird angeleitet, das von ihm spontan gezeigte Muster zu intensivieren.

Nachdem er etwas mit dem Muster gespielt hat, wird ihm klar, dass es sich um Angst handelt. Als Gedanke taucht dabei auf: „Sie greift mich an.“

Im nächsten Schritt gehen wir in Zeitlupe auf einem imaginierten Zeitstrahl in der Situation weiter, bis sich die Angst verändert. Von außen zeigt der Patient nach diesem ersten Zurückweichen rasch eine senkrechte Stirnfalte und eine Vorwärtsbewegung mit seinem Oberkörper. Auch dieses Muster wird intensiviert, bis die Wut deutlich spürbar wird. Der Patient erlebt, dass seine Wut, sein Angriff eine Reaktion auf die anfängliche Angst ist, letztlich ein Schutz. Er erlebt unmittelbar seine Reaktionskette: Angst als primäre Emotion, die von Wut als sekundärer Emotion gestoppt wird.

Exposition

Exposition und die damit einhergehende Habituation an bestimmte Reize sind nicht nur in der Behandlung von Ängsten eine hochwirksame Technik, vorausgesetzt bestimmte Anforderungen werden erfüllt. Grundlegend für jede Exposition ist, dass die befürchtete Emotion, beispielsweise Angst, in möglichst hoher Intensität und ohne Vermeidungs- oder Rückversicherungsverhalten erlebt wird, damit im Anschluss eine Habituation stattfinden kann. Was einfach klingt, scheitert in der Praxis häufig an den raffinierten, oft wenig bewussten Vermeidungsstrategien der Patienten. Die Möglichkeiten, innerlich aus einer Situation auszusteigen, sind zahlreich und oft für den Therapeuten schwer zu beeinflussen. Ist es noch relativ einfach, Höhenangst oder Ähnliches auszulösen, wird die Sache bei Trauer oder Wut schon schwieriger.

Die Arbeit mit den Emotionsmustern erlaubt uns quasi unter Laborbedingungen, die vermiedenen Emotionen in Reinform zu erzeugen. In Kombination mit dem Step-out kann so bewusst in die Emotion ein- und auch wieder ausgestiegen werden. Vorher verdeckte Vermeidungstendenzen können so sichtbar und für den therapeutischen Prozess nutzbar gemacht werden. So erlebt der Patient die Emotion als zumindest teilweise regulier- und kontrollierbar und kann so das „Risiko“ einer vollen Exposition leichter aushalten.

Ein Patient, Anfang 40, Investmentbanker, kommt mit der Diagnose Depression in die Praxis, wobei er von einem Burn-out spricht. Aufgrund seiner Lerngeschichte darf er nicht klein und schwach sein, was für ihn gleichbedeutend damit ist, Angst zu zeigen. Es stellt sich heraus, dass er als Junge oft Angst vor seinen Mitschülern hatte, seine Eltern konnten ihm aber nicht die emotionale Sicherheit geben, die er gebraucht hätte, um diese Ängste auszuhalten. Er lernte seine schwachen Anteile zu verstecken und sich so unverletzlich zu machen. So sagte er einmal über seine Zeit als Jugendlicher: „Wer Schwächen hatte und diese zeigte, wurde verarscht, vor allem ich, da ich der Kleinste in der Klasse war.“

In ersten Konfrontationen mit dem Angstmuster zeigte der Patient große Widerstände. Obwohl er kognitiv verstanden hatte, dass er schwache Anteile vermied, und auch den klaren Wunsch geäußert hatte, diese Teile besser kennenzulernen, lehnte er viele Übungen ab. Die Übungen seien nutzlos, ja lächerlich und würden seine Zeit verschwenden; wenn, dann wolle er schon gleich richtig einsteigen usw. Bildlich gesprochen machte er sich groß und ging auf Abstand. Genau

das, was er im richtigen Leben immer dann tat, wenn seine schwachen Anteile getriggert wurden. Er wollte nie wieder klein sein. Der Patient erlebte diese Erkenntnis als Ahaeffekt. In den folgenden Konfrontationen setzte er sich kleinere Ziele. Wir übten mit dem Angstmuster (vgl. Kasten 2) im Sitzen. Dabei sitzt der Patient mit angezogenen Beinen auf dem Boden, atmet das Angstmuster etwas schwächer und hält ab und zu die Luft an, um eine Hyperventilation zu vermeiden. Diese Übung erzeugt keine starke Panik, sondern eher eine schwächere, andauernde Angst. Es tauchten mehr und mehr Bilder aus seiner Kindheit und Jugend auf. Gleichzeitig erlebte er unmittelbar, dass er als erwachsener Mann die Angst aushalten kann, sie ihn nicht vernichtet. Er erkannte, dass sich die Vermeidung von Angst wie ein roter Faden durch seine Biographie zieht.

Primäre Emotionen nutzen

Unsere Lerngeschichte kann dazu führen, dass bestimmte primäre Emotionen verboten sind, da wir sie uns nicht erlauben. Als Folge entstehen weiße Flecken auf unserer Landkarte möglichen Verhaltens, Ressourcen bleiben ungenutzt. Werden im Laufe des therapeutischen Prozesses Stoppergefühle als solche erkannt und nach und nach abgebaut, werden die primären Emotionen immer deutlicher auftauchen. In der Arbeit mit den Patienten hat sich das Bild der Kellerkinder im Haus der Seele hier als sehr nützlich erwiesen.

Die so genannten Kellerkinder stehen bildhaft als ungeliebte Selbstanteile für die verbotenen primären Emotionen. Das Wutmonster oder das traurige, hilflose Kind werden in den Keller gesperrt, weil sie zu gefährlich sind, um bei den gemochten Anteilen im Erdgeschoss zu wohnen. Erlaubt sich nun der Patient, den Kellerkindern mehr Raum zu geben und sie zu akzeptieren, fällt schnell auf, dass diese wachsen und nachreifen müssen. Dadurch dass bestimmte Emotionen lange vermieden wurden, fehlt einfach die Übung im Umgang mit ihnen. Häufig wirken diese Emotionen wie auf einem kindlich unreifen Niveau stehen geblieben. Dadurch werden sie als so bedrohlich und unkontrollierbar erlebt. Die Arbeit mit Emotionsmustern hilft, die verbotenen Emotionen in einer sicheren Umgebung zu üben.

Ein Patientin, Anfang Zwanzig, hat große Schwierigkeiten, sich von ihrer Mutter zu lösen. Sie stammt aus einem kleinen niederbayrischen Dorf und ist sehr konservativ erzogen worden. Schon als Kind musste sie oft die Verantwortung für ihre scheinbar schwache Mutter übernehmen und fühlt sich auch heute noch für sie verantwortlich. Im Laufe der Therapie stellt sich heraus, dass u. a. die primären Emotionen Angst und Trauer verboten waren. Als Kellerkind steht ein dreijähriges dünnes Mädchen mit Hemdchen und nackten Füßen für ihre Trauer. Wir holen über mehrere Stunden dieses Mädchen immer wieder in den Raum, und die Patientin kann langsam einen Kontakt zu ihr aufbauen. Sie versucht auch, in ihre Rolle zu schlüpfen, was aber nicht funktioniert. Es gelingt ihr nicht, das Mädchen und letztlich die verbotenen Emotionen zuzulassen. Nachdem das Mädchen erneut in den Raum geholt wurde, nimmt die Patientin ihre Position ein. Zusätzlich wird sie angewiesen, ganz sanft in das Trauermuster zu gehen (vgl. Kasten 2). Dabei fällt es ihr besonders schwer, den Körper

kollabieren zu lassen. Nachdem gerade auf diesen Aspekt besonders geachtet wird und wir eine halb sitzende Position gefunden haben, in der sie kollabieren kann bzw. darf, gelingt ihr der Zugang zu dem traurigen Mädchen, und sie beginnt zu weinen. Sie weint lange und intensiv, der ganze Raum scheint traurig zu werden. Nach etwa 15 Minuten verlässt sie die Rolle des Mädchens wieder. Trotz dieser intensiven Trauer erlebt die Patientin diese Sequenz als heilsam, sie sagt, dass die Trauer „irgendwie richtig oder echt“ war. In den nächsten Wochen beschäftigt sie sich viel mit ihrem Mädchen und pöppelt es auf. Auf der Verhaltenebene beginnt sie, besser ihre Bedürfnisse nach Schutz, Geborgenheit und Erholung zu spüren und diese umzusetzen bzw. einzufordern.

Intensität kontrollieren

Viele Patienten befürchten, dass, wenn sie einmal eine verbotene oder vermiedene Emotion zulassen, sie über ihnen wie eine Welle zusammenschlagen würde und sie wie eine Nusschale von dieser schutzlos davongetragen würden. Sie haben Angst, die Kontrolle über die wenig vertraute Emotion zu verlieren („Dann drehe ich durch, verliere die Kontrolle“ oder „Die Angst würde mich umbringen, ich würde verrückt werden“). Hier kann die Arbeit mit Emotionspattern sehr hilfreich sein, um Emotionen als etwas Kontrollierbares zu erleben. Die Emotionsmuster werden willentlich ausgeführt, sie beginnen mit einem willkürlichen Einstieg und enden mit einem willkürlichen Ausstieg, diese Top-down-Aktivierung an sich stellt eine Kontrollstrategie dar.

Bei der bereits beschriebenen Patientin war neben Trauer und Angst auch Wut, vor allem gegen die Mutter gerichtete Wut verboten.

Wir beginnen mit der oben beschriebenen Übung am Wutblock. Nach und nach wird die Intensität verändert. Die Patientin wird angewiesen, die Atmung zu vertiefen und zu beschleunigen, die Lippen fester aufeinanderzupressen, den Blick zu fokussieren sowie die Nacken- und Armmuskulatur anzuspannen. Das subjektive Gefühl Wut nimmt zu. Wird dagegen die Atmung normalisiert, die Körperposition verändert, beispielsweise indem sich die Patientin hinsetzt, so wird das subjektive Gefühl Wut abnehmen. In einem nächsten Schritt spielt die Patientin selbständig mit dem Muster und versucht bewusst, bestimmte Intensitäten zu erzeugen. Anstatt auf den Wutblock zu schlagen, kann die Patientin nun auch den Bewegungsimpulsen ihres Körpers folgen. Diese werden meist nach vorne gerichtet sein und eine Form von Angriff darstellen. Drohende, stoßende oder schlagende Handbewegungen sind häufig. Die ganze Sequenz wird mit einem Step-out beendet.

Emotionales Coaching

„Und wozu das Ganze?“, könnte man sich jetzt fragen. Wozu sollen Patienten lernen, ihre Emotionen zu erleben und zu modulieren? Sie sollen diese Kompetenzen einsetzen, um ihre Bedürfnisse in funktionalen Beziehungen zu befriedigen. Symptome als dysfunktionaler Regulationsversuch werden somit nicht mehr benötigt. Der Handlungsspielraum wächst, und es entsteht Raum für persönliche Weiterentwicklung.

Blieben wir bei der eben beschriebenen Patientin. Als einen Hauptkonflikt mit ihrer Mutter beschreibt sie, dass ihre Mutter ihren Partner nicht akzeptiert und ablehnt. Er passe nicht in das Lebenskonzept, das die Mutter für ihre Tochter vorgesehen habe. Sie fordere von der Patientin, dass sie sich trennt, und unterstreicht dies mit passiv-aggressivem Verhalten, wie etwa somatischen Beschwerden, für die sie die Patientin und ihr Verhalten verantwortlich macht.

Im Laufe der Therapie kann die Patientin neben den sekundären Gefühlen Schuld und Angst um die Gesundheit ihrer Mutter und letztlich vor einem Beziehungsabbruch seitens der Mutter auch die primäre Emotion Trauer sowie Wut erleben. Ihr wird klar, dass sie vor allem letztere benötigt, um ihrer Mutter die Stirn zu bieten und ihre Partnerschaft zu verteidigen.

Sie plant, im nächsten Mutter-Tochter-Gespräch nicht mehr wie üblich klein beizugeben und die Mutter in ihren somatischen Beschwerden zu stützen, sondern selbstbewusst für ihre Beziehung und ihren Lebensentwurf einzustehen. In einem emotionalen Coaching soll dieses Gespräch vorbereitet werden:

Zu Beginn projizieren wir die Mutter an die Wand. Die Patientin sucht einen passenden Abstand sowie einen treffenden Größenunterschied, der räumlich die Qualität der Beziehung zur Mutter symbolisieren soll. Sie steht sehr nahe bei ihr und fühlt sich deutlich größer und stärker; um dies räumlich auszudrücken, stellt sie sich auf einen Stuhl. Emotionen von liebevoller Zuneigung und Schuld tauchen auf. In einem nächsten Schritt verlässt die Patientin ihre Rolle und stellt sich mit dem Therapeuten neben die Situation und beobachtet, was dort gerade passiert. Dabei empfindet sie Ärger, dass die Tochter größer als die Mutter sein muss und diese stützen muss, obwohl es andersherum sein sollte. Sie steigt erneut in die Situation ein, vergrößert den Abstand und bleibt auf Augenhöhe. Sie verstärkt leicht die auftauchende Wut und versucht, aus dieser heraus einen Satz zu ihrer Mutter zu sagen: „Ich will mein eigenes Leben leben!“ Irgendwie erscheint dieser Satz aber nicht stimmig, und sie spürt, wie die Wut kollabiert und Angst vor Beziehungsabbruch auftaucht. Sie steigt aus der Situation aus, von außen betrachtet empfindet sie neben der Angst liebevolle Zuneigung zur Mutter. Sie entschließt sich, diese der Mutter zu zeigen, um dann leichter ihren Standpunkt vertreten zu können. In der Situation geht sie nun mit geöffneten Armen auf ihrer Mutter zu und sagt: „Deine Meinung ist mir wichtig ...“ Im Anschluss aktiviert sie ganz leicht das Wutmuster, geht einen Schritt zurück, nimmt einen stabilen Stand ein und sagt mit fester Stimme: „... aber ich bin jetzt erwachsen und lebe mein eigenes Leben. Ich weiß, dass er der Richtige für mich ist, und werde mich nicht für dich von ihm trennen.“ Diese Kombination aus Zuneigung und leichtem Ärger fühlt sich jetzt stimmig an.

In den nächsten Sequenzen werden die verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten der Mutter durchgespielt. Dabei wechselt sie immer wieder in die Beobachterposition. Die auftauchenden Emotionen werden bewusst reguliert, bis sich ein stimmiges Bild ergibt. Dabei achtet die Patientin auch darauf, welche Emotionen sie nur für sich wahrnehmen möchte und welche sie im Kontakt mit der Mutter auch zeigen will. Beispielsweise taucht Trauer über das Ende ihrer Rolle als

„gute Tochter“ auf, die sie aber nicht zeigen möchte. Nach und nach entstehen so mögliche Emotions- und Handlungsskripte, die sie dann in einem Verhaltensexperiment bis zur nächsten Stunde ausprobieren will.

In der nächsten Stunde erscheint die Patientin deutlich gelöst. Sie berichtet von einem guten Gespräch mit der Mutter. Dabei habe sie vor allem überrascht, dass die Mutter nur kurz in die übliche Opferrolle gegangen sei, dann aber relativ schnell, anfangs mit offener Wut, später mit teilweisem Verständnis, reagiert habe. Vor allem die Erfahrung, dass ihre Mutter ihre Wut ausgehalten habe und nicht kollabiert sei, sei „heilsam“ gewesen.

■ Fazit

Wir verstehen die Arbeit mit Emotionsmustern weniger als ein abgeschlossenes Modul im Rahmen der SBT, sondern vielmehr als eine Technik, die grundsätzlich in jede Therapieform integriert werden kann. Überall, wo Emotionen auftauchen oder vielleicht auch nur vom Therapeuten vermutet werden, kann diese Arbeit ansetzen.

Der große Vorteil in dieser Arbeit mit Emotionsmustern besteht unserer Meinung nach darin, dass Emotionen willentlich verstärkt, erzeugt und reguliert werden können, ohne auf biographische Szenen zurückgreifen zu müssen. Die Patienten können sich so im geschützten Rahmen der Therapie langsam gefürchteten Emotionen nähern, sie wirklich erleben und spielerisch eine funktionale Emotionsregulation aufbauen, um dann gut trainiert und nachgereift neue Erfahrungen in ihrem Alltagsleben generieren zu können.

Dank. Für zahlreiche Diskussionen und intensiven Erfahrungsaustausch möchten die Autoren den folgenden Freunden und Kollegen sehr herzlich danken: Celia Avila, Mirta Dall'Occhio, Dr. Gudrun Eder-Sommer, Ellen Flies, Patricia Gubbay de Hanono und Dr. Lars Theßen

■ Literatur

- Barsalou, L.W. (2008). Grounded cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 617–645.
- Bloch, S. (1989). Effector Patterns of basic emotions: An experimental model for emotional Induction. *Behavioural Brain Research*, 33, 317.
- Bloch, S. (2006). *The alba of emotions – managing emotions through breathing*. Santiago: Ediciones Ultramarinos PSE.
- Bloch, S. & Santibañez-H., G. (1972). Training emotional 'effection' in humans: significance of its feedback on subjectivity. In: S. Bloch, & R. Aneiros (Eds.) *Psicobiologia del Aprendizaje*. Santiago: Publ. Fac. Med., Univ. de Chile.
- Bloch, S., Orthous, P. & Santibañez-H., G. (1987). Effector patterns of basic emotions: A Psychophysiological method for training actors. *Journal of Social and Biological Structures*, 1, 1–19.
- Bloch, S., Lemeignan, M. & Aguilera, N. (1991). Specific respiratory patterns distinguish between basic emotions. *International Journal of Psychophysiology*, 11, 141–154.

- Boiten, F.A., Frijda, N.H. & Wientjes, C.J.E. (1994). Emotions and respiratory pattern: review and critical analysis. *International Journal of Psychophysiology*, 17, 103–128.
- Carney, D.R., Cuddy, A.J. C. & Yap, A.J. (2010). Power poses: Brief nonverbal displays cause neuroendocrine change and increase risk tolerance. *Psychological Science*, 21, 1363–1368.
- Ekman, P. (1999). Facial expressions. In T. Dalgleish & T. Power (Eds.), *The Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 301–320). Sussex, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- Goldstein, E.B. (2002). *Wahrnehmungspsychologie* (2. dt. Aufl.). Heidelberg: SpektrumVerlag.
- Hauke, G. (2010). *Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT): Von der Bindungserfahrung zur Strategie der Therapie*. *Psychotherapie*, 15 (1), 75–95.
- Hauke, G. (im Druck): *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Emotionale Überlebensstrategien – Werte – Embodiment*. Heidelberg, New York: Springer.
- Koch, S.C. (2011). *Embodiment. Der Einfluss von Eigenbewegung auf Affekt, Einstellung und Kognition. Empirische Grundlagen und klinische Anwendungen*. Berlin: Logos-Verlag
- Klinkenberg, N. (2002). Grundzüge einer Körperverhaltenstherapie. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 59, 164–170.
- Oosterwijk, S., Rotteveel, M., Fischer, A.H. & Hess, U. (2009). Embodied emotion concepts: How generating words about pride and disappointment influences posture. *European Journal of Social Psychology*, 39, 457–466.
- Philippot, P., Chappelle, C. & Blairy, S. (2002). Respiratory feedback in the generation of emotion. *Cognition and Emotion*, 16, 605–627.
- Santibañez-H., G. & Bloch, S. (1986). A qualitative analysis of emotional effector patterns and their feedback. *Pavlovian Journal of Biological Science*, 21, 108–116.
- Soussignan, R. (2002). Duchenne smile, emotional experience, and autonomic reactivity: A test of the facial feedback hypothesis. *Emotion*, 2, 52–74.
- Strack, F., Martin, L. & Stepper, S. (1988). Inhibiting and facilitating conditions of the human smile: A non-obtrusive test of the facial feedback hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(5), 768–777.
- Price, T.F., Peterson, C.K. & Harmon-Jones, E. (2012). The emotive neuroscience of embodiment. *Motivation and Emotion*, 36, 27–37.
- Wehr, T. & Bräutigam, M. (1999). Physiologische Erregung und Kognitionen in der Emotionsgenese und -differenzierung, Bericht 127, Fachbereich Psychologie, Universität Trier.

■ Korrespondenzadresse

Dr. Gernot Hauke
Landshuter Allee 45 | 80637 München
Tel. 089-1895169-24 | gernothonauke@arcor.de