

Serge K. D. Sulz

## Vier Kernstrategien der Emotionstherapie: Emotionsregulationstraining – Emotions-Exposition – Emotion Tracking – Metakognitiv-mentalisierende Reflexion von Gefühlen

Four core strategies of emotion therapy: emotion regulation training – emotion exposure – emotion tracking – metacognitive-mentalizing reflection of emotions

Die kognitive Gesprächsführung und kognitive Techniken der Reattribution dysfunktionaler Gedanken reichen heute nicht mehr aus. Zum therapeutischen Repertoire gehören zwingend die emotive Gesprächsführung und emotive Interventionen.

Die Strategische Emotionstherapie hat eine reife, effektive Emotionssteuerung bzw. Affektregulierung zum Ziel, die dazu führen soll, dass es dem Menschen mit sich selbst und mit seinen Beziehungen gut geht. So gut, dass seine Psyche das Symptom nicht mehr zur Problemlösung braucht und dass sie auch künftig keine Symptome mehr bilden muss. Dabei wird auf der neurobiologischen und emotionspsychologischen Forschung aufgebaut (z. B. LeDoux, 1996; Damasio, 2003) und auch Impulse emotionsfokussierter Psychotherapien aufgegriffen wie Greenbergs EFT (2000), Linehans DBT (1996a,b) und Pessos PBSP (Pesso & Perquin, 2008). Zuletzt wird der Mentalisierungsansatz von Fonagy, Gergely, Jurist und Target (2004) integriert. Damit ergeben sich vier Kernstrategien: Psychoedukatives Emotionsregulations-Training, Emotions-Exposition, Emotion Tracking und Metakognitiv-Mentalisierende Reflexion von Gefühlen.

### Schlüsselwörter

Strategische Emotionstherapie – Emotionsregulationstraining – Emotions-Exposition – Emotion Tracking – Metakognition – Mentalisierung – Ideale Eltern-Übung – Microtracking – Emotionsforschung – emotive Gesprächsführung – Psychotherapie – Verhaltenstherapie – Strategisch-Behaviorale Therapie (SBT)

*The cognitive dialogue techniques and cognitive techniques for the reattribution of dysfunctional thoughts are no longer sufficient today. The therapeutic repertoire urgently needs emotive dialogue techniques and emotive interventions.*

*The strategic emotion therapy has as its goal a mature, effective emotion control or affect regulation which is meant to lead to the person feeling comfortable with himself and his relationships. So comfortable that his psyche no longer needs the symptom to solve the problem, and that it does not have to form any symptoms in the future. This builds on neurobiological and emotion-psychological research (e.g. LeDoux 1996, Damasio 2003)*

*while also taking up impulses of emotion-focused psychotherapies such as Greenberg's EFT (2000), Linehan's DBT (1996 a,b) and Pessó's PBSP (Pessó and Perquin 2008). In conclusion, the mentalization approach of Fonagy et al. (2004) is integrated. This results in four core strategies: psycho-educative emotion regulation training, emotion exposure, emotion tracking and metacognitive-mentalizing reflection of emotions.*

#### *Keywords*

*strategic emotion therapy – emotion regulation training – emotion exposure – emotion tracking – metacognition – mentalization – ideal parent exercise – microtracking – emotion research – emotive dialogue techniques – psychotherapy – behavior therapy – strategic behavioral therapy SBT*

## Einleitung

Soeben ist das Buch von Woolfolk und Allen (2014) in deutscher Sprache erschienen. Es ist das weltweit wirksamste Behandlungskonzept bei somatoformen Störungen. Ähnlich wie Marsha Linehan (1996a,b) viele Jahre zuvor waren sie mit der Wirkung der alleinigen Kognitiven Verhaltenstherapie in dem von ihnen behandelten Störungsbereich unzufrieden. Sie entwickelten eine Affektiv-Kognitive Verhaltenstherapie (ACBT). In dieser stehen Emotionen und der Umgang mit Beziehung im Vordergrund. Sie haben ein eher psychoedukatives Emotionsregulationstraining entwickelt, das dem von Sulz (1994, 1995; Sulz & Sulz 2005) in vielem entspricht. Hierdurch wird als ein wesentliches Merkmal der Strategischen Kurzzeittherapie deutlich, dass sie eine **Affektiv-Kognitive Verhaltenstherapie** ist.

Die Emotionstherapie der heutigen Strategisch-Behavioralen Therapie (SBT) (Sulz & Hauke, 2009) besteht aus vier Teilbereichen:

1. psychoedukatives Emotionsregulationstraining
2. Emotions-Exposition
3. Emotion Tracking
4. Metakognitive Affektsteuerung und Mentalisierung

Dabei ist der völlig neue Ansatz von Hauke und Dall'Occhio noch nicht berücksichtigt, wie er im folgenden Kapitel dargestellt wird. Dieser fasst die Schritte 2 und 3 zusammen – ausgehend vom Embodiment-Konzept (Tschacher & Storch, 2012, Hauke & Spreemann, 2012).

### 1. Emotionsregulationstraining

Die Strategische Kurzzeittherapie (Sulz, 1994, 1995) beinhaltet ein umfangreiches psychoedukatives Emotionsregulationstraining als zentrales Interventionscluster, das im Praxis-Manual (Sulz 1995, 2009a), bei Sulz und Sulz (2005) und bei Sulz (2009b) detailliert beschrieben ist. Sie baut auf der neurobiologischen Emotionsforschung auf (Damasio, 1995, 2000, 2003; LeDoux, 1996; Panksepp, 1998) und hat Impulse von Greenberg (2000; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2008) und Linehan (1996a, b) aufgenommen.

Damit nicht nur der Therapeut möglichst viel über Emotionen weiß, wurde der psychoedukative Teil des Emotionsregulationstrainings etabliert. Nach der Vermittlung allgemeinen

Wissens über Gefühle insgesamt und über die einzelnen Gefühle wird vor allem Funktionswissen vermittelt – als erster Schritt, um sich die Fähigkeit der Emotionssteuerung anzueignen. Wenn ich weiß, weshalb und wozu ein Gefühl auftritt, kann ich mir bewusst machen, ob die Wirkung, die es gerade auf mich ausübt, von mir gewünscht ist oder ob ich mich dagegen wehren will und muss. Als nächstes wird die Fähigkeit, eigene Gefühle deutlicher wahrzunehmen, entfaltet und als drittes die Befähigung zum Ausdruck und zur Kommunikation von Gefühlen. Erst wenn auf diese Weise die Selbstregulation optimiert wurde, der Patient also mit Hilfe seiner Gefühle gut für sich sorgen kann, erfolgt der nächste Schritt die Wahrnehmung der Gefühle des anderen Menschen. Dies wird verbunden mit einer Differenzierung der individuellen TOM (Theory of Mind), die helfen soll, die Gefühle des Gegenübers möglichst treffsicher zu erkennen. Der letzte Schritt ist dann der Perspektivenwechsel, bei dem der Patient sich in den anderen hineinversetzt und empathisch mit dem anderen fühlt.

Das Emotionsregulationstraining ist wie folgt aufgebaut (Sulz & Sulz, 2005):

1. *Eine kleine Psychologie der Gefühle und „Wie Gefühle im Gehirn entstehen“*
2. *Die 43 wichtigsten Gefühle in zwischenmenschlichen Beziehungen (inkl. Fotos, um die Gefühlswahrnehmung zu üben)*
3. *Lernen mit Gefühlen umzugehen I: Wie ich bisher damit umging*
  - a) *Welche Gefühle habe ich häufig und intensiv?*
  - b) *Welches Gefühl gehört am meisten zu mir?*
  - c) *In welchen Situationen habe ich welche Gefühle?*
  - d) *Zu welchen Handlungen bewegen mich meine Gefühle?*
  - e) *Mit welchen Gegenbewegungen verhindere ich Bewegung aus meinen Gefühlen heraus?*
  - f) *Welche Gefühle habe ich nicht, welche lehne ich ab?*
  - g) *Welche Gefühle fürchte ich zu haben oder zu zeigen?*
  - b) *Welches sind meine primären tabuisierten Gefühle, welches meine sekundären, gegensteuernden Gefühle?*
  - i) *Wie heißt meine emotionale Überlebensregel? (Nur wenn ich folgende Gefühle habe ... und wenn ich niemals folgende Gefühle habe ...)*
4. *Lernen mit Gefühlen umzugehen II: Mein neuer Umgang mit Gefühlen*
  - a) *Gefühle, die zu selten, zu kurz, zu wenig intensiv auftreten*
  - b) *Gefühle, die zu oft, zu lange, zu intensiv auftreten*
  - c) *Mit Wut umgehen lernen – Wut-Exposition*
  - d) *Lernen mit Trauer umzugehen – Trauer-Exposition.*

Die beiden letzten Abschnitte gehören schon zur zweiten Therapiestrategie, der Emotions-Exposition. Das Training wurde u. a. in der Entwöhnungstherapie bei chronischem Alkoholismus eingesetzt (Sulz Hagleitner & Antoni, 2013).

## 2. Emotions-Exposition

Die Strategische Emotionstherapie beherbergt einen weiteren wichtigen Ansatzpunkt: die Emotions-Exposition, wie sie z. B. in der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie PKP der Depression (Sulz, 2011, 2013, Sulz & Deckert, 2012, sowie der Beitrag von Deckert in

diesem Band) beschrieben ist. Sie kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn ein Patient neues Verhalten zeigt und während oder nach diesem neuen Verhalten sehr unangenehme Gefühle auftreten, so dass er es wieder aufgibt, um diesen Gefühlen zu entfliehen (z. B. Schuldgefühl oder Scham). Andere Gefühle sind verboten wie Wut, so dass diesem Gefühl immer weniger Raum im Bewusstsein gelassen wird (Sulz 2010). Und immer wieder tritt auch Angst auf, so dass die Prinzipien der klassischen Angst-Exposition eingesetzt werden können. Nachdem mit dem Patienten erarbeitet wurde, wie er sich künftig in einer spezifischen Problemsituation verhalten kann, um zu einem besseren Ergebnis als bisher zu kommen, dies auch im Rollenspiel ausprobiert wurde und er sich in der Lage fühlt, so zu handeln, wird auf seine ersten Berichte der Umsetzung gewartet. Nicht selten gelingt es auf Anhieb, beim zweiten Mal wird er zaghafter und beim dritten Mal hält er es nicht durch. Die minutiöse Verhaltensanalyse dieses Scheiterns zeigt, dass das mulmige Gefühl vor der Situation so sehr zugenommen hat, dass er mit immer weniger Elan in die Situation ging. Und dass ein schlechtes Gewissen sich dazugesellte, obwohl er jederzeit und jedem Menschen erklären könnte, weshalb er ein Recht auf dieses neue Verhalten hat. Er hat also keine dysfunktionalen Gedanken mehr, die ihn hindern, das zu tun, was er für richtig hält. Der kognitive Disput ist erfolgreich beendet. Und trotzdem kommen diese Gefühle so stark, dass er nicht handeln kann, wie er will.

Das ist meist der schwierigste Punkt beim Versuch, neues Verhalten aufzubauen, das jahrelang konsequent vermieden wurde.

Sulz (2011) hat das Prinzip der kognitiven Angstkonfrontation, wie es z.B. in Sulz (1987, 1994, 1995) beschrieben ist, auf alle Emotionen angewandt und als Intervention der Emotions-Exposition installiert (bei Gefühlen, die zu oft und zu intensiv auftreten):

1. **Achtsamkeit:** *Nimm das Gefühl so früh wie möglich wahr, so lange du noch steuern kannst. Beobachte es. Erfahre es. Und sei dir bewusst, dass du nicht Dein Gefühl bist (verändert nach Linehan, 1996b)*
2. **Akzeptanz:** *Akzeptiere, dass das Gefühl jetzt da ist, lass es zu.*
3. **Commitment:** *Entscheide dich, in der Situation zu bleiben und mit deiner Aufmerksamkeit ganz beim Gefühl zu sein, so dass du es weiter erfahren kannst.*
4. **Exposition:** *Bleibe in der Situation und bleibe beim Gefühl, solange es da ist. Beobachte, wie es stärker wird, wie es da bleibt, wie es sich ausbreitet. Und lade es ein, da zu sein, dazubleiben, intensiver zu werden, um erst dann wieder zu gehen, wenn es gehen möchte. Lenke dich nicht ab, tu nichts gegen das Gefühl, mache auch nicht, was das Gefühl will.*
5. **Wertschätzung:** *Wenn die Expositionsübung zu Ende ist und das Gefühl auf 20 % abgesunken ist, gehe in einen wertschätzenden Dialog mit dir selbst. Sage dir, dass es gut war, diese Gelegenheit zum Üben zu nutzen. Dass es wichtig war, zu üben, egal wie gut es schon klappt. Und dass das ein erster Schritt im guten Umgang mit diesem Gefühl ist.*

Sulz (1998, 2013), Gräff-Rudolph & Sulz (2009), Sulz & Deckert (2012, 2013) haben das Expositionsprinzip noch weiter verallgemeinert und zur durchgängigen Strategie therapeutischer Veränderung gemacht. Es gibt ein jeweils großes Interventionsrepertoire zur Freude-Exposition, Wut-Exposition, Angst-Exposition und zur Trauer-Exposition. Der dabei auftretende therapeutische Widerstand kann auf die dysfunktionale Überlebensregel zurückgeführt werden, deren Modifikation ein wichtiger Aspekt des Therapieprozesses ist (Sulz, 2011). Emotions-Exposition kann sowohl bei Gefühlen eingesetzt werden, die zu

oft oder zu intensiv auftreten, quasi ein Fehlalarm sind (phobische Angst, pathologische Eifersucht, Schuldgefühl, Scham), als auch bei Gefühlen, die bisher vermieden wurden (Wut, Trauer, Angst vor Neuem, Überlegenheit, Stolz, Begeisterung).

## 2.1 Wut-Exposition

(Wut als Gefühl, das zu selten und zu wenig intensiv auftritt)

Bisher hemmen die meisten Menschen ihre Wut und ihre aggressiven Tendenzen mit Hilfe ihrer Angst vor deren Folgen. Wir müssen also dahin kommen, Angst durch ein anderes Mittel im Umgang mit der Wut zu ersetzen. Das ist die kognitive Steuerungsfähigkeit. Dies kann durch Wut-Exposition bewirkt werden und verläuft in zwei Schritten: 1. Wut haben und 2. mit Wut umgehen.

### 2.1.1 Wut haben – Imaginationsübung zur Wut-Exposition

Man kann die therapeutischen Interventionen so einleiten:

*Psychische Probleme rühren dabei, dass ich oder meine Mitmenschen mich daran hindern, eine Lösung zu finden, die für mich befriedigend wäre, ohne meinen Beziehungen zu sehr schaden.*

*Wenn mich jemand an meiner Bedürfnisbefriedigung hindert, so ist das Frustration.*

*Wenn ich frustriert werde, reagiere ich ärgerlich.*

*Wenn ich sehr frustriert werde, reagiere ich wütend.*

*Also geht es bei psychischen Problemen oft um Wut und Aggression.*

*Ich möchte Sie zu einer Phantasie einladen, die wenige Minuten dauert und die ganz in Ihrem Kopf und Ihrem Gefühl bleiben wird, danach folgenlos wieder verschwindet, ohne dass sie in der realen Welt irgendeinen Schaden angerichtet hätte. Eine Phantasie, wie ein Tagtraum oder einige Gedanken, eine kurze Vorstellung, kürzer als ein Werbespot im Fernsehen. Lediglich einige Erinnerungsspuren in unserem Gedächtnis hinterlassend, sonst gar nichts.*

*Also eine kurze Phantasie, die weder moralisch noch juristisch Folgen für Sie oder irgendeinen Menschen hat.*

*Wir können den Menschen, über den wir gerade gesprochen haben, in der Phantasie her holen. Es gibt zwei Möglichkeiten:*

- a) Sie schließen die Augen und lassen ihn vor Ihr inneres Auge kommen, während Sie sitzen bleiben. Sie werden laut sprechen und wütende Bewegungen nur in der Phantasie machen.*
- b) Wir nehmen einen Stuhl und Sie stellen sich vor, diese Person sitzt auf dem Stuhl, während Sie – mit offenen Augen – anfangen, mit ihm/ibr zu reden. Es kann sein, dass es zwischen- durch besser sein wird, dass beide aufstehen. Sie werden wütende Bewegungen wirklich machen, Ihren Körper wirklich Wut ausdrücken lassen.*

*Welche Übung wählen Sie?*

*bei a) Stellen Sie sich vor, er/sie kommt aus der Ferne näher. Sie erkennen sie/ihn am typischen Gang. Dann ist er/sie näher, so dass Sie sein/ibr Gesicht erkennen, wie er/sie Sie anschaut, seinen/ibren Blick. Lassen Sie ihn genau da zum Stehen kommen, wo Sie es im Moment wollen. Sagen Sie ihm/ibr, was Sie so verletzt, was so ungerecht ist, so rücksichtslos, obwohl Sie oft genug gesagt haben, wie schlimm es für Sie ist. Vielleicht spüren Sie Ärger, Wut, zuerst im Bauch, dann in den Brustkorb steigend, weiter zu den Armen und Händen gebend. Machen Sie eine Geste zur Betonung, wie wenn Sie mit der Faust auf den Tisch schlagen würden – bei*

*jedem Satz, den Sie sagen. Schauen Sie ihm/ibr mit festem Blick in die Augen. Wiederholen Sie Sätze, die besonders gut Ihren Ärger, Ihre Wut ausdrücken. Sagen Sie einfach alles, was aus Ärger und Wut kommen will. Vielleicht breitet sich die Wut noch mehr im Körper aus und will heraus. Welche Bewegung will entstehen? Es ist nur Phantasie, der realen Person wird nichts zuleide getan. Im Gegenteil: Oft wird die Beziehung nach dieser Übung besser.*

*bei b): Spüren Sie, wie groß Ihre Wut ist, vergegenwärtigen Sie, wie er/sie Ihnen wehgetan hat und dass Sie sich das nicht mehr gefallen lassen wollen. Spüren Sie die Wut im Bauch, Brustkorb, in den Armen und Händen, im ganzen Körper und lassen Sie Ihren Körper die Wut ausdrücken, egal welche Bewegung entstehen will. Dieser Impuls ist auch da, wenn Sie ihn unterdrücken. Besser ist es, ihn einmal zutage treten zu lassen und ihn kennenzulernen. Machen Sie die Bewegung wirklich, kraftvoll, gezielt, mit aller Wucht. Und stellen Sie sich dabei vor, dass Sie ihn/sie treffen, so dass er/sie spüren muss, wie groß Ihre Wut ist. Wut ist nur sinnvoll, wenn sie wirksam ist. Spüren sie Ihre Wut, Ihre wütende Handlung und die Wirkung, die Ihnen vielleicht das Gefühl von Gerechtigkeit gibt. Noch einmal und noch einmal. Immer wieder, solange Wut rauswill. Oder eine andere Wut-Bewegung. Lassen Sie die Wut raus, bis sie verbraucht ist, bis keine Wut mehr in Ihnen ist. Bis Sie außer Atem sind und alle Wut und alle Kraft aus dem Körper raus ist.*

*Entlassen Sie diesen Menschen aus Ihrer Phantasie – so wie es für Sie stimmig ist, wohl wissend, dass die reale Person davon in keiner Weise betroffen ist. Während Sie es schlimm finden, dass es so weit kommen musste, dass in Ihnen so viel Wut aufgebaut wurde.*

*Nehmen Sie jetzt wahr, wie Sie sich nach dieser Imagination fühlen.*

*Was für ein Gefühl ist in Ihnen? Welches weitere Gefühl? Ist es Wut? Ist es Trauer? Ist es Scham? Ist es Schuldgefühl? Ist es Genugtuung? Ist es Erleichterung? Ist es Kraft?*

*Sprechen Sie das Gefühl aus.*

*Bleiben Sie ganz für sich und nehmen Sie sich wahr.*

*Erlauben Sie sich diese Gefühle, erlauben Sie sich diese Erfahrung.*

*Und machen Sie sich bewusst, dass das Ihre Phantasie war.*

*Und keine Wirklichkeit.*

*Und dass dies Ihre Gefühle waren und keine wirklichen Handlungen.*

*Dass Sie sehr, sehr starke Gefühle haben können und dass diese in Ihrer Psyche bleiben können – ohne dass ein Schaden in Ihrer wirklichen Welt entsteht.*

*Dass Sie sich auf sich verlassen können. Dass Sie wissen, dass Sie ein erwachsener Mensch sind, der sich selbst steuern kann.*

*Dass Sie sich selbst entschließen können, Gefühle wahrzunehmen und diese in Ihrer Psyche zu belassen.*

*Und dass Sie nur dann handeln, wenn Sie sich dafür entschieden haben. Und dass Sie in der Realität als heutiger zivilisierter Mensch nicht handgreiflich werden, sondern mit Worten kämpfen.*

*Dass unterdrückte Gefühle Ihren wichtigen Beziehungen und Ihnen schaden.*

*Dass dagegen zugelassene Gefühle bewusst von Ihnen gehandhabt werden können, so dass ein konstruktiver Kompromiss zwischen Ihren Interessen und den Interessen Ihrer Bezugsperson möglich wird.*

*Und geben Sie mit dieser Erlaubnis, Gefühl und Impuls und Phantasie zu haben, in Ihre nächsten Begegnungen.*

Ende der Imaginationübung.

Worauf kommt es an? (aus Sulz, 2011, S. 219 f.)

Erster Schritt der Wutexposition ist, die **Erlaubnis zu geben**,

- Gefühle zu haben
- Gefühle wahrzunehmen
- Handlungsimpulse, die aus meinen Gefühlen resultieren, wahrzunehmen
- Handlungen zu phantasieren, die aus meinem Gefühl heraus entstehen wollen
- Solche Phantasien als Möglichkeit der Katharsis einzusetzen, um auf diese Weise Wut zu entsorgen, statt sie zu unterdrücken und in Symptome oder in gestörte Persönlichkeitszüge zu transformieren.

Zweiter Schritt der Wut-Exposition ist es, die neue Erfahrung zu vermitteln, **dass ein intensives Gefühl im psychischen Innenraum bleiben kann**, ohne in die Welt hinauszumüssen und dort unkontrollierbaren Schaden anzurichten,

- dass also **Gefühl nicht gleich Handlung** ist,
- dass eine phantasierte Handlung in meiner Psyche bleibt,
- dass also **Phantasie nicht gleich Realität** ist,
- dass ich ein erwachsener Mensch bin und dass ich im Gegensatz zu einem zwei- oder dreijährigen Kind Selbstkontrolle und **Selbststeuerung besitze**,
- dass ich also einen steuernden Willen habe, durch den ich frei entscheiden kann, was ich tue und was ich nicht tue,
- dass ich **mich** auf meine Selbststeuerung und **auf meine Willenskraft verlassen kann**,
- dass **der Therapeut sich auf mich** und meine Selbststeuerung **verlässt** und verlassen kann.

(Zitatende)

### 2.1.2 Mit Wut umgehen lernen – reales Verhalten in realen Situationen in realen Beziehungen

Es geht darum, Wut wahrzunehmen, ihre Angemessenheit zu prüfen, den Wutimpuls bewusst zu machen, seine Angemessenheit zu prüfen, Wut angemessen auszudrücken, Wut wirksam in die Interaktion zu bringen – als kompetenten Umgang mit Beziehung (Abb. 1).

#### Vorgehen:

*Ich lade Sie ein, den bestmöglichen Umgang mit Ihrer Wut und Ihrem Ärger in einer realen Situation mit einem realen Menschen zu finden, also ganz anders als bei der letzten Imaginationsübung.*

*Welche Beispielsituation, bei der sehr große Wut auftrat, wenn auch nur kurz, wollen Sie nehmen?*

*Stellen Sie sich vor, er/sie hat genau das gesagt/getan, was Sie mir gerade berichtet haben.*

*Und stellen Sie sich vor, wie ungerecht oder rücksichtslos das Ihnen gegenüber erscheint.*

*Ist Ihre Wut die angemessene Reaktion auf dieses Verhalten?*

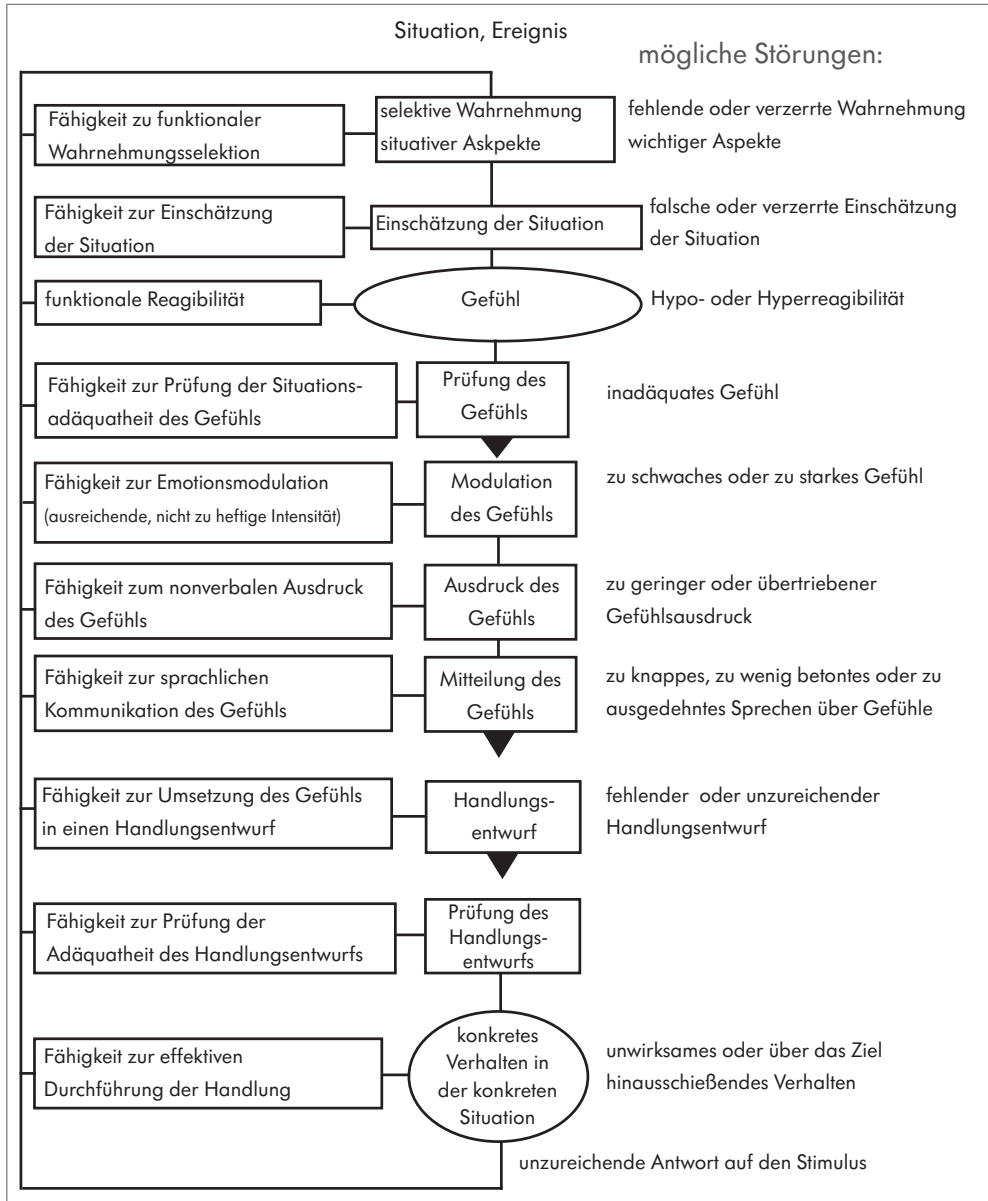
*Wenn ja, lassen Sie jetzt Ihre Wut ganz zu.*

*Entspricht die Intensität Ihrer Wut dem Anlass?*

*Wenn ja, sagen Sie, wie wütend Sie sind. (In einer privaten Situation genauso, wie Sie es spüren. In einer beruflichen oder öffentlichen Situation müssten wir das vielleicht abändern.)*

*Spüren Sie, was Sie aus Wut tun möchten, wenn die Wut so groß ist, dass ein körperlicher*

**Abbildung 1** Die momentanen Prozesse der Emotionsregulation in einer konkreten Situation (aus Sulz, 2000, S. 68)



oder Handlungsimpuls entstanden ist. Nehmen Sie diesen bewusst wahr, dann können Sie ihn auch steuern.

Ist der Wut-Impuls verständlich und passt er zum Ausmaß Ihrer Wut – wohl wissend, dass Sie das nicht tun würden, weil Sie ihre Impulse gut steuern können?

Sagen Sie, wonach Ihnen aus Wut wäre: Am liebsten einen Haufen Teller vor die Füße werfen,



*etwas auf den Kopf hauen, eine Ohrfeige geben, einen Tritt verpassen, an die Wand klatschen („damit du endlich kapierst, was du da mit mir machst.“) Das kann den anderen so beeindrucken, dass er betroffen Stellung bezieht, sich rechtfertigt, sich entschuldigt.*

*Hören Sie gut zu, was er/sie sagt. Wenn er/sie sich rechtfertigt, sagen Sie, dass nicht Rechtfertigung dran ist, sondern Einsicht und eine Entschuldigung.*

Ende der Übungs-Instruktion.

Das ist reflektierte Affektivität im Sinne von Fonagy et al. (2004): Das Gefühl ist deutlich spürbar, während mental reflektiert und schließlich bewusst gesteuert wird, so dass es so viel Raum in der Begegnung mit dem anderen Menschen erhält, wie es sowohl für die Selbstfürsorge als auch für die Beziehungspflege stimmig und notwendig erscheint \_ ein metakognitiver Prozess zur Interaktionsoptimierung.

## 2.2 Trauer-Exposition (aus Sulz, 2011, S. 222f)

*Depression hat nicht selten die Funktion, Trauer um einen Verlust zu vermeiden. Deshalb braucht der Patient eine behutsame Führung durch den Trauerprozess, die ihm Halt gibt und dem Gefühl einen Rahmen und eine Grenze gibt.*

### **Vorbereitung:**

*Auswahl der Situation*

*Festlegung des Ablaufs, der Rollen, des Zeitpunktes der Beendigung*

*Definition von vermeidendem Verhalten, Definition von exponierendem Verhalten*

**Durchführung:** *Eigene Entscheidung des Patienten, jetzt in die Situation zu gehen und drin zu bleiben*

### **Gefühlskreis:**

*1 - Aufmerksamkeit auf den Verlust richten*

*2 - Körperreaktionen wahrnehmen, aussprechen*

*3 - Gefühl wahrnehmen, aussprechen*

*4 - Gedanken wahrnehmen, aussprechen*

*Und wieder bei 1 beginnen usw.*

*Vermeidungen erkennen, als solche ansprechen, stoppen, zurück zum Gefühlskreis*

**Abschluss:** *Abgeschlossen wird, wenn nach dem Gefühlssturm wieder Gefühlsruhe eingetreten ist*

*Was muss bei der Trauer-Exposition beachtet werden?*

1. *Wer Angst um sein Leben hat, kann nicht trauern.  
Therapie: Schaffen eines sicheren Gefühls des eigenen Weiterlebens bzw. Weiterexistierens*
2. *Markante Trauerphasen sind:*
  - a) *Verleugnen der Realität des Verlustes*
  - b) *Wut auf die Tatsache des Verlustes und auf die Person, die „mich im Stich ließ“*
  - c) *Schmerz und Verzweiflung*
  - d) *Trauer und Loslassen*
  - e) *Wendung zum Weiterleben*
  - f) *Schreiten in das weitere Leben*
3. *Verbotene Wut blockiert den Trauerprozess  
Therapie: Erlaubnis zur Wut (siehe Wut-Exposition)*

4. *Vermeiden des emotionalen Schmerzes (z.B. weil er in seiner erwarteten Intensität nicht auszuhalten wäre oder weil er nicht mehr aufhören würde), blockiert den Trauerprozess  
Therapie: Ermutigen, Fähigkeit der Bewältigung zusprechen*
5. *Ohne helfende Beziehung schaffe ich das nicht!  
Therapie: Begleitung, Unterstützung*
6. *Irrationaler Glaube: Festhalten kann den Verlust verbinden, Loslassen ist unwiderruflich.“  
Therapie: Annehmen des Verlustes als eigener Willensakt*
7. *Abschluss: Der Therapeut bleibt zurück, Patient lässt ihn zurück (als neue Trennungserfahrung)  
(Zitatende)*

Sulz (2011, S. 222 f.) veranschaulicht das Vorgehen an einem Beispielfall.

### 3. Emotion Tracking als Instrument zur Problemaktualisierung

Grawe (1998) hob hervor, dass nur wenig therapeutische Wirksamkeit erzielt werden kann, wenn das Gefühl, das das aktuelle Problem affektiv ausmacht, nicht innerhalb der Therapiesitzung bewusst wahrnehmbar ist, dass ein rein kognitives Abhandeln nur zu wenig Veränderungen führt, da die Gefühle „top-down“ nicht erreicht werden können. Deshalb gehört es zum selbstverständlichen Kompetenzbereich des Psychotherapeuten, dem Patienten zu helfen, diese Gefühle „bottom-up“ wahrzunehmen. Greenberg und seine Forschungsgruppe belegen dies (Greenberg, 2000).

Besonders drei Vorgehensweisen haben sich als emotionsfokussierende Therapiestrategien bewährt: Focusing (Gendlin, 1996), Emotion Fokussierte Therapie EFT (Greenberg 2000, Elliott et al. 2008) und Microtracking (Pesso & Perquin, 2008; Bachg, 2005). Will man keine neue Psychotherapie-Ausbildung absolvieren, beginnt man, diese Emotionsarbeit z. B. in die behaviorale Behandlungskonzeption und in den verhaltenstherapeutischen Prozess zu implementieren (Sulz, 2007) – in Rahmen einer Affektiv-Behavioralen Verhaltenstherapie im Sinne von Woolfolk und Allen (2014).

Das Ziel des Therapeuten ist, dass der Patient bewusst wahrnimmt, welche Gefühle sein Denken und Handeln beherrschen und welche emotionale Bedeutung Ereignisse, Umstände und Beziehungen für ihn haben.

Das Vorgehen des Therapeuten besteht folglich darin, in der Sitzung die Aufmerksamkeit des Patienten auf Indikatoren dieser Gefühle zu lenken und es ihm zu erleichtern, diese wahrzunehmen und zu ermutigen, sie in dem Ausmaß zuzulassen, wie sie als emotionale Energie wirklich vorhanden sind.

Das weitere Vorgehen benennt den Kontext, der ein Gefühl auslöst, so dass der Patient sein Gefühl aus dem aktuellen Prozess heraus genau einem Situations- oder einem Beziehungsaspekt metakognitiv zuordnen kann.

Ergebnis ist, dass reflektierte Affektivität im Sinne von Fonagy et al. (2004) entstehen kann. Um das zu erreichen, muss der Therapeut lernen, subtile körperliche Anzeichen von Gefühlen im Gesicht und im Körper des Patienten wahrzunehmen (somatische Marker im Sinne von Damasio, 2003). Er muss einerseits den Patienten mit großer Aufmerksamkeit beobachten und darf sich nicht zu sehr vom Narrativ ablenken lassen. Und er muss andererseits mit Empathie der Erzählung des Patienten folgen. Dabei muss er darauf achten, dass seine Empathie nicht zu einer Projektion eigener Gefühle auf den Patienten

wird. Nur das Beobachtbare zählt. Das Eingefühlte muss stets vom Patienten kritisch geprüft werden, ob es auch wirklich in ihm wahrnehmbar ist oder einfach eine (falsche) Vermutung des Therapeuten war.

Wesentlich ist, dass während des Erzählens sowohl beim Patienten als auch beim Therapeuten ein inneres Bild der Geschehnisse entsteht. Idealerweise stimmen diese beiden Bilder gut überein. Das innere Bild löst beim Patienten das Gefühl aus und führt beim Therapeuten zu einer empathischen Reaktion. Sobald Überlegungen erfolgen, geht der Patient wieder aus dem Bild heraus, und das Gefühl verschwindet. D. h., dass eine Warum-Frage des Therapeuten den Patienten wieder auf die kognitive Gesprächsebene bringt, während dieser gerade noch nonverbal szenisch imaginativ erlebte

### 3.1 Neurobiologische Grundlagen des Emotion Tracking

Von großer Bedeutung für die affektive Problemaktualisierung in der Therapie ist die Neurobiologie der Emotionen. Die folgenden Ausführungen zur neurobiologischen Grundlegung des Emotion Tracking sind aus Sulz (2005, S. 10-14 und 19-22) entnommen:

#### Emotionen

Damasio (2003) unterscheidet Emotionen und Gefühle. In der zeitlichen Abfolge entsteht zuerst die Emotion und erst dann das Gefühl. Damasio unterscheidet drei Arten von Emotionen: Hintergrundemotionen, primäre Emotionen, soziale (sekundäre) Emotionen. Hintergrundemotionen unterscheiden sich von Stimmungen durch die lang anhaltende Dauer der Letzteren. Man kann sie am ehesten mit Befindlichkeit beschreiben. Normalerweise nicht bewusst, können sie wahrgenommen und beschrieben werden, wenn die Aufmerksamkeit darauf gelenkt wird. Die primären Emotionen (Furcht, Wut, Ekel, Überraschung, Traurigkeit, Glück) sind auffällig. Die Auslöser sind über verschiedene Kulturen hinweg sehr ähnlich. Die sozialen Emotionen (Mitgefühl, Verlegenheit, Scham, Schuldgefühle, Stolz, Eifersucht, Neid, Dankbarkeit, Bewunderung, Entrüstung, Verachtung) sind als Veranlagung genetisch vorgegeben, ihre Entfaltung bedarf aber sozialer Lernprozesse. Hinde (1989) zeigte, dass bei Affen die angeborene Furcht vor Schlangen nur dann manifest wird, wenn das Affenjunge im Gesicht der Mutter Furcht bemerkt. Ein einziges Mal reicht aus.

#### Gefühle

Gestützt durch umfangreiche Forschung, hat Damasio (1995, 2000, 2003) eine „Körper-Gefühls-Theorie“ entwickelt. „Ein Gefühl ist die Wahrnehmung eines bestimmten Körperzustands in Verbindung mit der Wahrnehmung einer bestimmten Art zu denken und solcher Gedanken, die sich mit bestimmten Themen beschäftigen.“ Viele neuere Studien weisen darauf hin, dass die Gehirnregion der **Insel** vermutlich größte Bedeutung für die Gefühlswahrnehmung hat. Entscheidend für ein Gefühl ist nicht der tatsächliche Körperzustand, sondern die tatsächliche Kartierung des Körperzustands, der **auch simuliert sein kann**, z. B. Schmerz. Hysterische, Konversions- und somatoforme Syndrome laufen analog ab. Bei Empathie kommt es zu einer „Als-ob-Körperschleife“, einer emotionalen Simulation im Gehirn. Adolphs et al. (2000) untersuchten, ob Patienten mit Schädigungen der somatosensorischen Areale und der Insel die Fähigkeit zur Empathie verlieren. Schädigungen der für Gefühle und Emotionen zuständigen Hirnareale gehen

mit Änderungen des Sozialverhaltens einher, die bis zu einem tiefgreifenden Wandel der Persönlichkeit gehen:

- Entscheiden, wer vertrauenswürdig ist
- Was ist angemessenes Sozialverhalten?
- Mangel an Empathie
- Soziale Gefühle wie Verlegenheit, Mitleid und Schuldgefühle sind stark reduziert u. a.

Gefühle sind notwendig für moralisches und ethisches Verhalten. Beide können nicht allein aus der Vernunft heraus entstehen. Hinweise bietet auch die vergleichende Verhaltensforschung. So entdecken und bestrafen Vampirfeldmäuse und Raben Betrüger. Rhesusaffen verzichten bis zu Tagen auf Nahrung, wenn ihre Nahrungsaufnahme dazu führt, dass ein Artgenosse einen elektrischen Stromschlag erhält (Miller, 1967). Zusammenleben in einer Gemeinschaft erfordert Kooperation, die mithilfe von sozialen Gefühlen wie Gerechtigkeit und Ehrgefühl besser vonstattengeht. Auch Dominanz- und Demutsverhalten helfen bei der sozialen Regulation.

### **Die Bedeutung von somatischen Markern**

Gefühle machen sich der Psyche und dem Bewusstsein dadurch bemerkbar, dass sie einen charakteristischen körperlichen Zustand, der angenehm oder unangenehm sein kann, vermitteln und dadurch die emotionale Bedeutung eines Objekts (realen Ereignisses, einer Erinnerung oder einer Phantasie/Idee) zur Geltung bringen. Durch die Koinzidenz mit dem Körperzustand entsteht assoziativ eine Markierung des Objekts im Gedächtnis, die Damasio als „**somatischen Marker**“ bezeichnet. Damasio (a. a. O.) unterscheidet zwei Arten von somatischen Markern:

- a) wenn der Körper mit einbezogen ist und reale Körpersignale im Gehirn eintreffen
- b) wenn der Körper nicht einbezogen ist und keine Körpersignale entstehen

Letzteres ist ein **Als-ob-Aktivitätsmuster** im präfrontalen Cortex. Denn die Körperreaktionen werden nur im Gehirn durchgespielt, z. B. bei der Antizipation der Folgen eines Handlungsimpulses. Diese symbolische Verarbeitung ist ein intelligenter und ökonomischer Prozess der Psyche. Wenn aber die assoziativen Verknüpfungen aus der Kindheit resultieren und zu einer völlig anderen Subjekt-Objekt-Wechselwirkung gehören als dies dem heutigen Erwachsenen und seiner realen heutigen Welt entspricht, dann kommen wir unmittelbar zu den Themen der Psychotherapie. Der Körper kann bezüglich der Dimension der Bewertung von Bedeutungen der gegenwärtigen und erinnerten Objekte und Ereignisse der Außenwelt als der wesentliche Lieferant der hierzu benötigten Informationen betrachtet werden. Die zugehörigen Geschichten können ohne Sprache „erzählt“ werden.

### **Die Bedeutung der Motorik und der Imitation**

Wir müssen uns an folgende Aussage gewöhnen: „Wir sehen mit den Händen, Armen und Beinen.“ Bahnbrechend war in diesem Zusammenhang die Entdeckung der **Spiegelneurone** (mirror neurons) durch Rizzolatti et al. (1999). Rizzolatti und Mitarbeiter weisen auf die zentrale Bedeutung der Spiegelneurone für das Verstehen der Handlungen anderer Menschen hin. Ihre „direct matching hypothesis“ besagt, dass eine Handlung des Gegenübers dann verstanden wurde, wenn diese eine Resonanz im motorischen System des Beobachters hervorgerufen hat. Dieser Mechanismus nutzt das „motorische Wissen“ des

Beobachters. Es gibt erste empirische Hinweise, dass dies auch bei Handlungen abläuft, die beim Beobachter empathische Emotionen hervorrufen, z. B. aggressive Handlungen (Carr et al., 2003). Allerdings sind in diesem Fall das limbische System und die Insula maßgeblich beteiligt.

### **Der Körper als Bühne des Gefühls und des Bewusstseins**

Die Hirnforschung legt nahe, dass der Körper das Orchester ist, mit dem unsere Psyche unsere Emotionalität spielen lässt (Sulz et al., 2005). Und zugleich die Bühne, auf der unsere Gefühle tanzen und singen. Die zentrale Bedeutung des Körpers im Hier und Jetzt impliziert auch, dass die wichtigsten Erfahrungen des Menschen von seiner Geburt an bis in die Gegenwart überwiegend als körperliche Erinnerung gespeichert sind. D. h. dass sowohl das implizite als auch das explizite episodische Gedächtnis in großem Ausmaß ein körperliches Gedächtnis ist. Wenn die entsprechenden Erfahrungen noch nicht sprachlich verankert sind, können diese Gedächtnisspuren nicht über den kognitiv-sprachlichen top-down-Weg in Erinnerung gerufen werden. Sie müssen „bottom-up“ wachgerufen werden. Hierzu eignet sich der Therapieraum als dritte Bühne, auf der der Körper sich so vorfindet, bewegt und in Beziehung tritt, dass ein Wiedererkennen und Erinnern früherer Szenen und Beziehungsmuster möglich wird. Körperpsychotherapeuten wissen, dass dieses Wiedererkennen mit einem oft intensiven schmerzlichen Gefühl beginnt, worauf die Situation der Kindheit erinnert wird, in der die betreffende schmerzliche Erfahrung gemacht wurde. An diesem Punkt angekommen, gehen Psychotherapeuten verschiedenen Wege. Auf alle Fälle ist ihre leibhaftige, schützende oder unterstützende Präsenz in diesem Moment eine korrigierende emotionale Erfahrung, die ein erster Teilschritt des Heilungsprozesses ist. Die zeitliche Kontiguität des schmerzlichen Erinnerns mit der wohlthuenden Begleitung sorgt dafür, dass die durch den Erinnerungsvorgang destabilisierte Gedächtnisspur nicht mehr so ausschließlich negativ im Gedächtnis abgelegt wird (siehe oben). Wenn an dieser Stelle auch noch das (körperlich im Hier und Jetzt erlebte) Bewusstsein tritt, nicht selbst diese Vergangenheit verschuldet zu haben, sondern eigentlich das Recht auf eine Befriedigung kindlicher Bedürfnisse gehabt zu haben, kann diese schmerzliche Kindheitserinnerung nicht mehr ganz so deformierend auf das Selbstgefühl einwirken.

### **Konsequenzen für die Psychotherapie**

Hilfreich erscheint mir vor allem das Konzept

- der vollständigen Repräsentation des Körpers in der Insula,
- der ganzheitlichen Simulation von künftigen Szenarien, die zu einer treffsicheren Antizipation der Körperantwort auf den inneren Film führen und so
- als somatische Marker zu der für den Menschen bestmöglichen Entscheidung führen;
- des körperlichen Spiegeln (Mitreagierens und Mitfühlens) als Mittel, um das Handeln des anderen Menschen zu verstehen und zu imitieren (Empathie).

Die Veränderung dysfunktionalen Denkens, wie es in der kognitiven Therapie praktiziert wird, kann nicht geschehen, ohne dass die assoziierten Gefühle verändert werden (Sulz & Lenz, 2000, Sulz 2004b). Und die psychotherapeutische Arbeit mit Gefühlen ist untrennbar mit Körperarbeit verbunden.

Entscheidend ist, dass ein profundes Verständnis der prägenden Erfahrungen der frühen Kindheit ab Geburt vorhanden ist, wie es von der Säuglingsforschung und der Bindungsforschung vermittelt wird. Dies ist ein Wissen um soziale Beziehungen und deren Ver-

körperung. Und ein Wissen um die Notwendigkeit von positiver Beziehungserfahrung für die Reifung des kindlichen Gehirns, das die interpersonelle Wechselwirkung benötigt, um dispositionelle Reaktionsweisen entwickeln zu können.

Es wird deutlich, dass ein wesentlicher Schritt der Psychotherapie das Motto haben muss „Wo Emotion ist, soll Gefühl werden“, als Voraussetzung für einen bewussten Diskurs und die Entfaltung einer integrierten Identität. (Zitatende)

### **3.2 Das therapeutische Prinzip des Emotion Tracking**

Das von Sulz (2007) beschriebene Emotion Tracking als Adaptation von Pessos Microtracking (Pesso, 2008; Bachg, 2005) auf behaviorale und psychodynamische Psychotherapien kann so skizziert werden (aus Sulz 2007, S. 225-230):

*Ähnlich dem Achtsamkeitsansatz versucht das Emotion Tracking den Patienten mit seiner Aufmerksamkeit auf seine Bewusstseinsprozesse im Hier und Jetzt zu lenken – das ist der Moment des Gesprächs mit dem Therapeuten. Welches Gefühl, welcher Gedanke, welcher Körperprozess (vegetativ oder motorisch), welche Imagination, welche Erinnerung, welche Wahrnehmung erfolgt genau jetzt in der Gegenwart? Der Patient muss dabei meist erst lernen, ein Gefühl als Gefühl, einen Gedanken als Gedanken und eine Erinnerung als inneres Bild der Vergangenheit zu identifizieren. Während der Achtsamkeitsansatz von da an in einer distanzierenden Beobachtung ohne Reflexion über Herkunft und Zusammenhänge z. B. von Gefühlen bleibt, wird beim Emotion Tracking der Patient nach dieser differenzierenden Zuordnung von Kognitionen, Emotionen, Wahrnehmungen, Erinnerungen und Phantasien zu einem Erkennen der Zusammenhänge geführt.*

*Das Gefühl X trat auf, als die Erinnerung Y kam. Oft ist das Gefühl da, und der Patient hat es sich noch nicht bewusst gemacht. Der Therapeut spricht das von ihm beobachtete Gefühl aus. Im Gegensatz zur klientenzentrierten Gesprächstherapie wird nicht nur das Gefühl vom Therapeuten ausgesprochen, sondern stets auch, während oder nach welcher Äußerung des Patienten es auftritt. Es ist erstaunlich, wie prompt der Patient zuerst nonverbal und dann verbal zustimmt, wenn der Therapeut das richtige Gefühl erkannt hat.*

*Der Gedanke W ist nur ein Gedanke und keine Realität. Er ist eine von außen übernommene selbstsuggestive Botschaft und gar kein eigenes Produkt. Also kann er probatorisch wieder nach außen verlagert werden, als ob gerade jemand diese Worte zum Patienten sagen würde. Auf diese Weise wird eine sehr elegante Art der kognitiven Umstrukturierung bewirkt, weil der Patient einen von jemand anderem ausgesprochenen Satz jetzt prüfen kann, ob er seinen Inhalt annehmen oder sich dagegen wehren möchte. Und ein solcher (dysfunktionaler) Gedanke, den er gerade noch innerlich zu sich selbst gesagt hat, wird nun in eine Interaktion mit jemand anderem zurückverlagert, so dass Beziehung beginnt. Später kann darauf zurückgekommen werden: Wer sagt da was zu mir? Was macht der dadurch mit mir? Welche Beziehung ist das?*

*Der Körper als Schnittstelle zwischen Gefühl und Handlung hilft oft weiter: Da der Patient oft motorisch unruhig wird, während er sich mit einem emotional bewegenden Thema beschäftigt, kommt es immer wieder zu Bewegungen mit Händen, Füßen oder anderen Körperteilen. Nicht selten sind das Ansätze zu komplexen interaktiven Handlungen, wie auf die Person zugehen, um die es gerade geht, oder fliehen oder schlagen, treten, die Hand geben, streicheln, festhalten, umarmen, wegstoßen usw. Der Therapeut lenkt die Aufmerksamkeit auf diese Bewegungen und kann fragen, was die Hand macht, was für eine Bewegung daraus entstehen möchte.*

*Der Körper hilft bereits von Beginn des Emotion Tracking an: Das Gesicht des Patienten ist der Ort, an dem der Therapeut versucht, das momentane Gefühl des Patienten zu erkennen. Na-*

*türlich hilft es ihm, die emotionale Bedeutung dessen, was der Patient gerade sagt, empathisch zu erspüren. Doch Empathie allein reicht nicht, der Therapeut muss seine Fähigkeit, Gefühle am Gesicht abzulesen zu können, schulen. Erst dann kann er laufend durch die prompte und unwillkürliche Bestätigung des Patienten den roten Faden der Emotionsprozesse beibehalten. Auch für den Patienten ist das Gesehen- und Erkanntwerden mit seinem Gefühl eine so positive Erfahrung, dass ihm die Erleichterung am Gesicht abzulesen ist.*

*Dieser Teil des Emotion Tracking ist die bisher am weitesten reichende Art, somatische Marker (Damasio, 2003) im Sinne der Hirnforschung in der Psychotherapie einzusetzen. NLP und Hypnotherapie arbeiten zwar schon lange damit, aber nicht mit dieser Konsequenz und diesem zentralen Stellenwert.*

*Diese emotionale Arbeit vertieft zugleich die Fähigkeit des Patienten, sein Bewusstsein auf die Gegenwart und die real ablaufenden Prozesse zu lenken und seine Fähigkeit, kognitiv Zusammenhänge zu erkennen. Der Begriff der Einsicht, von der wir wissen, dass sie nur partiell hilft, um therapeutische Veränderungen zu erzielen, trifft diese Erweiterung des kognitiven Horizonts des Patienten nicht ganz, weil dies meist globaler und abstrakter erfolgt. Betrachten wir die Reaktionssequenz auf der Mikroebene, so können wir sehr gut nachvollziehen, dass die Kognition eine Emotion auslöst und aus dieser wiederum ein Handlungsimpuls hervorgeht. Zugleich wird aber auch der psychosoziale Kontext ins Bewusstsein gerückt. Denn der Gedanke oder die Erinnerung führt zu den Lebenssituationen und wichtigen Beziehungen des Patienten, zu den Ereignissen, die den Kontext für die jetzt ablaufenden Gefühle und Gedanken bilden. Dieser Kontext kann vom Therapeuten weiter exploriert werden, so dass er immer mehr die gegenwärtigen Reaktionen des Patienten versteht.*

*Bis dahin haben wir die Basics des Emotion Tracking untersucht. Wenn sie in der Klärungsphase der Therapie als bottom-up Verhaltens- und -Bedingungsanalyse eingesetzt wurden, können wir gemeinsam mit dem Patienten das bedingungsanalytische Gespräch weiterführen, wie wir es gewohnt sind. Wir bleiben dann in einer problem- und defizitorientierten Analyse, die zu diesem Zeitpunkt stimmig ist. Schmerz und Leid, das zu den heute beklagten Problemen und Symptomen führte, sind zutage getreten, und es ist ein grobes kausales Verständnis entstanden. Punkt für Punkt erfolgte Mentalisierung der Affekte des Patienten, wurde den Affekten eine kognitive Struktur zur Seite gegeben, wurde versprochen, wurden Gefühle des Patienten vom Therapeuten aufgenommen und mitgeföhlt, in ihrer Intensität heruntermoduliert, so dass sie handhabbar wurden.*

*Im letzten Schritt bzw. dritten Akt des Dramas wird eine neue Bühne eröffnet, auf der eine hypothetische und synthetische Kindheit inszeniert wird mit idealen familiären (und gesellschaftlichen) Bedingungen, mit idealen Eltern, so dass der Patient (nicht durch die Regie des Therapeuten) aus seinem Gefühl heraus entwickeln kann, was er wirklich gebraucht hätte und wie sich das angefühlt hätte, das auch zu bekommen. Diese Erfahrung ist so beglückend, dass diese Arbeit nicht nur Klärung ist, sondern bereits eine eindeutig ressourcenorientierte Methode, die ein neues Gedächtnis samt intensiven somatischen Markern schafft, das als dauerhafte Ressource verfügbar bleibt und künftiges Verhalten konkurrierend zum biographischen Gedächtnis mit beeinflusst. (Zitatende)*

### 3.3 Praxisanleitung Emotion Tracking

Zusammenfassend sei das praktische Vorgehen beim Emotion Tracking beschrieben:

#### **Ziel:**

Emotionsanalyse – Verhaltensanalyse der Affektreaktion – Metakognition und mentale Reflexion der Emotionsauslöser und deren Bedeutung

#### **Vorbereitung:**

Der Therapeut setzt sich so, dass er das Gesicht des Patienten und mimische Veränderungen gut sehen kann.

Mit dem Patienten wird vereinbart, über ein emotional sehr belastendes Thema zu sprechen, dessen Bewältigung ein sehr großes Anliegen des Patienten ist.

Der Therapeut sagt, dass er sich auf die während des Gesprächs auftretenden Gefühle konzentrieren und diese aussprechen wird.

*„Ich sehe, wie traurig Sie werden.“*

Er bittet den Patienten, jedesmal gleich zu prüfen, ob das vom Therapeuten benannte Gefühl wirklich gerade in ihm da ist und unbedingt korrigieren soll, wenn es nicht so ist, damit der Therapeut das Gespräch nicht in eine falsche Richtung führt.

*„Nein, es ist nicht Trauer, es ist Verzweiflung.“*

Und dass der Therapeut dazu sagen wird, nach welchem Bewusstseinsprozess (Erinnerung, Vergegenwärtigung, Überlegung) dieses Gefühl aufgetreten ist, um dem Patienten die Gelegenheit zu geben, zu erkennen, was (welcher Kontext) bei ihm welches Gefühl auslöst. Und um es möglich zu machen, ein tieferes Verständnis für die emotionale Bedeutung des Geschehens zu finden.

*„Ich sehe, wie verzweifelt Sie sich fühlen, wenn Sie sich erinnern, dass Ihr Bemühen, um seine Anerkennung immer ins Leere ging.“*

Er wird auch darauf vorbereiten, dass er Äußerungen, die zu selbstkritisch oder sich selbst abwertend oder beschuldigend oder entmutigend sind, aufgreift als von außen übernommene Botschaften früherer Bezugspersonen, die wieder experimentell nach außen zurückgegeben werden können, indem der Therapeut eine phantasierte äußere Person oder auch nur eine äußere Stimme diesen Gedanken sprechen lässt. Wodurch der Patient spüren kann, wie es sich anfühlt, wenn nicht er selbst, sondern eine andere Person so zu ihm spricht.

*„Ich leihe dieser abwertenden Person meine Stimme, von der Sie sagten, dass sie von links hinten zu Ihnen spricht: Du wirst es nie schaffen, gut genug zu sein. Was macht das mit Ihnen?“*

Und dass er umgekehrt wichtige und wertvolle Gedanken aufgreifen wird, damit sie bewahrt werden können:

*„Das war jetzt ein sehr wichtiger und guter Gedanke, dass Sie ja heute nicht mehr so abhängig sind von ihr und sich in vielem helfen können.“*

#### **Vorgehen im Gespräch:**

Der Therapeut ist mit seiner Aufmerksamkeit halb beim Inhalt der Erzählung und halb bei der Wahrnehmung des Gesichts und des Körpers, um somatische Marker zu entdecken, die auf ein gerade auftretendes Gefühl hinweisen.

Am einfachsten ist es dem Gesicht anzumerken, wenn ein trauriges Gefühl entsteht oder ein sehr ärgerliches. Aber auch Freude und Furcht sind gut erkennbar. Da viele Patienten



ohne Punkt und Komma weiter erzählen, kann er nicht eine Atempause abwarten, sondern muss mitten darein sagen, welches Gefühl er wahrnimmt. Findet er nicht schnell genug die richtige Benennung, so bittet er einfach, das Sprechen zu stoppen, weil er sagen möchte, welches Gefühl gerade aufgetreten ist. Er sollte möglichst jedes Gefühl ansprechen und den Auslöser dazu benennen. Dadurch kommt es zur Verlangsamung des Gesprächsablaufs, die notwendig ist, um das Gefühl im Hier und Jetzt wahrnehmen zu können.

Es kommt der Punkt im Gespräch, an dem der Patient sein Leid und seine Not so umfassend dargelegt hat, dass ein plastisches inneres Bild der Umstände und Ereignisse beim Therapeuten entstanden ist. Nun kann er empathisch spiegeln, was der Patient stattdessen gebraucht hätte, welches Gegengift (Antidot im Sinne von Pessa, 2008) benötigt worden wäre, um das Leiden zu beenden oder erst gar nicht auftreten zu lassen.

*„Sie hätten jemand gebraucht, der ganz auf Ihrer Seite ist und dafür sorgt, dass er sofort aufhört, so mit Ihnen umzugehen.“*

Der sofort herausprudelnde somatische Marker und kurz darauf die Worte *„Jaaa, das stimmt.“* bestätigen, wenn der Therapeut das wirkliche Antidot erspüren und spiegeln konnte. Kommt erst nach einem Zögern nur ein dünnes Ja, dann war es kein Treffer.

Die Antidot-Hypothese sollte im Emotion Tracking nicht weggelassen werden. Sie ist der Zielpunkt dieser Emotions-Analyse, die sich in zwei Akten vollzog. Der erste Akt war das emotionale Problem der Gegenwart. Der zweite Akt war das Unglück der Kindheit. Im Sinne der ressourcenorientierten Zielfindung, wie es durch das ZRM (Storch & Krause, 2002) vorgeschlagen wird, ist der dritte Akt des Dramas sehr gewinnbringend. Nicht nur Befreiung von negativen Gefühlen sollte das Ziel sein, sondern ein positiver Zielzustand, verbunden mit sehr positiven Gefühlen wie Zufriedenheit, Freude und Glück, der in der Imagination erlebt und als Vision aufrechterhalten wird, die stärker zu zielführendem Verhalten motiviert als ein nur gedachtes Ziel.

*„Ich möchte Sie zu einer Phantasie einladen, in der Sie genau den Menschen herholen können, den Sie damals gebraucht hätten. Sie können sich vorstellen, was er für ein Mensch gewesen wäre, was er sagt, wie er handelt – genauso, dass Sie die damals benötigte Befriedigung Ihrer wichtigsten Bedürfnisse erfahren können.“*

*Wie alt waren Sie damals? Stellen Sie sich vor, jetzt das Kind in diesem Alter zu sein. Und stellen Sie sich vor, genau den Menschen ganz für sich zu haben, der Ihnen das gibt (z. B. Willkommensein, Geborgenheit, Sicherheit, Liebe, Verständnis, Wertschätzung, Selbstbestimmung), so viel, wie Sie wollen und brauchen, so zuverlässig anhaltend – und ohne dass Sie etwas dafür tun oder geben müssen. Lassen Sie innerlich dieses Bild entstehen und beschreiben Sie es, damit ich es auch sehen kann. Sprechen Sie auch Ihr inneres Befinden aus. Ich werde von meiner Seite aus Ideen aussprechen, was er/sie sagen oder machen könnte.“*

Bald mischt sich das Glücksgefühl mit Traurigkeit, so dass Tränen das Glück begleiten können.

*„Da kommt auch Traurigkeit dazu, die Erinnerung und der Schmerz, dass es leider in Wirklichkeit nicht so war. Das ist ganz normal. Lassen Sie die Traurigkeit zu und geben Sie wieder in die Imagination des Kindes von damals, richten Sie Ihre Aufmerksamkeit wieder auf das erfüllende Erleben dieses bedürfnisbefriedigenden Menschen, der wie ein guter Vater oder eine gute Mutter ist bzw. der Vater oder die Mutter sein könnte, den/die Sie damals gebraucht hätten.“*

Diese Antidot-Phantasie entspricht weitgehend der nachfolgend beschriebenen Ideale-Eltern-Übung von Perquin und Howe (2008). Sie führt zuverlässig zu einer beglückenden Phantasie, die sehr beeindruckend ist. Diese wird zur jederzeit utilisierbaren Ressource als mächtiger Motivator für Veränderung, vor allem, wenn in die Erinnerung dieses Erlebens auch der Körper in seinem zielverbundenen Zustand wahrgenommen und im Gedächtnis abgespeichert wird (vergl. Hauke in diesem Band sowie Sulz, 2004b und Storch & Krause, 2002).

### **3.4 Die Ideale-Eltern-Übung als ressourcenorientierte Emotions-Übung (nach Perquin & Howe, 2008, aus Sulz, 2007, S. 213 f.)**

*Das Vorgehen kann darin bestehen, dass während der Exploration der Eltern mit ihren unbefriedigenden Eigenschaften und Verhaltensweisen der Therapeut den Vorschlag macht, sich zu vergegenwärtigen, wie denn im Kontrast diejenigen Eltern gewesen wären, die der Patient als Kind in einem bestimmten Alter oder hinsichtlich eines extrem frustrierenden Aspekts der Kindheit wirklich gebraucht hätte.*

*Wenn der zunächst verutzte Patient einwilligt,*

- fragt der Therapeut nach den gewünschten oder ersehnten Attributen,*
- spricht der Patient seine Wünsche aus, z. B. „Sie hätte immer Zeit haben müssen für mich!“*
- wiederholt der Therapeut jede gewünschte Eigenschaft oder Handlungsweise, z. B. können wir die ideale Mutter sagen lassen: „Wenn ich damals da gewesen wäre als die Mutter, die du gebrauchst hättest, als du 4 Jahre alt warst, hätte ich immer Zeit für dich gehabt!“*
- Ist durch die Schilderung ein lebendiges Bild z. B. der idealen Mutter entstanden, so schlägt der Therapeut vor, eine Rollenspielerin (in der Gruppentherapie) oder ein Objekt (in der Einzeltherapie) auszuwählen, die bzw. das die ideale Mutter repräsentiert.*
- Die Rollenspielerin wird vom Patienten genau dort und genau so positioniert, dass sie die wunscherfüllende Vision in Szene setzt.*
- Von jetzt an spricht die Rollenspielerin die wunscherfüllenden Sätze aus „... hätte ich mich gefreut, wenn du vom Kindergarten heimkommst“.*
- Zögerlichen Patienten hilft der Therapeut behutsam, auch im körperlichen Zueinander Positionen auszuprobieren, die dem Wunsch des Kindes von damals (je nach Alte sehr verschieden) entsprechen, z. B. Hand halten, den Arm um die Schulter legen, den Kopf an ihren Brustkorb legen können usw.*
- Am zunehmenden Wohlgefühl, das auch ohne mikroskopisches Emotion Tracking von Weitem wahrnehmbar ist, erkennt der Therapeut, dass eine Situation inszeniert wird, die immer mehr bedürfnisbefriedigend wird.*
- Irgendwann merkt der Patient, dass der ideale Vater fehlt, und dieser wird hinzugenommen.*
- Meist wird er spontan zur idealen Mutter so positioniert, dass ein sich liebendes Paar dort steht oder sitzt, die, ohne sich als Paar vom Kind trennen zu lassen, dieses zu sich holen und ihm das geben, was es braucht.*
- So entsteht eine Art Skulptur als Schlussbild mit in allen Belangen befriedigenden und dadurch beglückenden Aspekten.*
- Der Therapeut fordert den Patienten auf, sich dieses Bild gut einzuprägen mit allen Sinnen, szenisch, körperlich, emotional.*

Auch wenn es nur eine kurze Übung von 15 Minuten ist, kommt man doch zu einem sehr schönen Erlebnis, das als Ressource beliebig wieder in Erinnerung gerufen werden kann.

#### 4. Metakognitive Reflexion und Mentalisierung als Schritte zur wirksamen Affektregulierung und befriedigenden Beziehungsgestaltung

(Grawe, 1998) und Greenberg (2000) wurden bereits zitiert mit ihren empirisch gewonnenen Postulaten, dass eine Problembearbeitung nur wirksam ist, wenn das Problem emotional aktiviert ist, das Gefühl also bewusst wahrgenommen wird. Nur so kommt es zu einer „tiefen emotionalen Erfahrung“. Das Emotion Tracking ist eine Methode, die die relevanten Gefühle bewusst spüren lässt und auch schon laufend den Prozess der metakognitiven Reflexion anstößt, indem psychosozialer Kontext und von ihm ausgelöste Emotion gedanklich in Beziehung gebracht werden. Sie ist Voraussetzung – notwendige Bedingung, um Metakognition und Mentalisierung zu etablieren. Diese stellen einen weiteren Modus der Gesprächsführung dar. Hier haben Fonagy et al. (2004) Pionierarbeit geleistet, so dass viele Aspekte ihres Vorgehens auf kognitiv-behaviorale Therapien übertragen werden können (Sulz et al., 2012), soweit sie nicht schon im Emotion Tracking angelegt sind:

- **Sicherheit** in der Beziehung herstellen
- Dichte **Führung** der Bewusstseinsprozesse des Berichtenden
- **Strukturiert** und **supportiv** vorgehen
- **Fragen**-Antwort-Dialog statt eines freien Gesprächs
- **Columbo-Fragen**: nicht wissen
- Konkret nach **Motiven** für ein Verhalten fragen
- Mentalisierung **wertschätzen**, Nicht-Mentalisierung hinterfragen
- **Alternative Interpretationen** zu nicht-mentalisierten Äußerungen anbieten
- Pseudo-Mentalisieren **unterbrechen**
- Gemeinsam **reflektieren**
- **Laut denken** als unfertige Überlegung
- Sagen, wenn ein Gedanke ein **Irrtum** war
- **Keine metatheoretischen** Erklärungen des Geschehens geben
- Eigene Hypothesen **nicht aufdrängen**

Die Metakognitiv-Mentale Gesprächsführung darf jedoch nicht mit dem Emotion Tracking vermischt werden, da sie zu oft und zu sehr dem Gefühl die Intensität nehmen würde. Im Folgenden wird die Metakognitive Gesprächsführung und Fragetechnik, die an das Emotion Tracking anschließt, stichwortartig im Überblick dargestellt:

##### **Metakognitiv-Mental (Gefühle reflektierend)**

- **während das Gefühl da ist, seine Bedeutung reflektieren**

Metakognitive/Mentalisierende Sätze des Therapeuten:

1. So fragen, dass ein **Nachdenken** erfolgt
2. So fragen, dass **Perspektivenwechsel** erfolgt (in den anderen hineinversetzen)
3. So fragen, dass **Empathie** entstehen kann (Mitfühlen)
4. So fragen, dass die **Interessen** des anderen gewahrt sind
5. So fragen, dass **wirksames Verhalten** geplant wird

Zu 1: So fragen, dass ein **Nachdenken** erfolgt

- a. Wie kam es, dass ...?
- b. Was ging Ihrem Gefühl voraus?
- c. Was war das z. B. Ärgerliche/Bedrohliche daran?
- d. Was war die Folge Ihres Verhaltens?
- e. Welche Wirkung Ihres Verhaltens hätten Sie sich gewünscht?
- f. Wie erklären Sie sich, dass er ganz anders reagiert hat?

Zu 2: So fragen, dass **Perspektivenwechsel** erfolgt (in den anderen hineinversetzen)

- a. Worum ging es ihr/ihm in dieser Situation?
- b. Was wollte sie/er erreichen?
- c. Welches Verhalten erwartete sie/er von Ihnen?
- d. Welche Folgen hatte der Ausgang der Situation für sie/ihn?

Zu 3: So fragen, dass **Empathie** entstehen kann (Mitfühlen)

- a. Wie ging es ihr/ihm wohl dabei?
- b. Wie erklären Sie sich, dass sie/er sich ... fühlte?
- c. Was hätte sie/er da gebraucht?
- d. Was hat er/sie befürchtet?
- e. Was hätten Sie tun können, damit er/sie beruhigt ist?

Zu 4: So fragen, dass die **Interessen des anderen** gewahrt sind

- a. Was hätten Sie davon, wenn er bekommt, was er will?
- b. Wie viel können Sie ihm geben, ohne leer auszugehen?
- c. Können Sie das aus freier Entscheidung beschließen?
- d. Ist das dann ein faires Ergebnis?
- e. Wie wirkt sich das auf die Qualität Ihrer Beziehung aus?
- f. Bessere Beziehung, wie fühlt sich das an?

Zu 5: So fragen, dass **wirksames Verhalten** geplant wird

- a. Wenn Sie wieder in diese Situation kommen ...
- b. ... in der Sie erreichen wollen, dass ...
- c. ... und einschätzen, wie viel erreichbar ist ...
- d. Welches eigene Verhalten hilft Ihnen dabei?
- e. Und welches Verhalten sollten Sie weglassen?

Hier verbindet sich die emotive Heuristik einer Affektiv-Kognitiven Verhaltenstherapie mit der Entwicklungsheuristik des Entwicklungsmoduls der Strategisch-Behavioralen Therapie.

Dabei sei dahin gestellt, ob eine reife und wirksame Affektregulierung und eine nachhaltige Beziehungsgestaltung gelernt wurde oder ob sich der Mensch auf ein höheres Niveau entwickelt hat, zu dem Perspektivenwechsel und Empathie ebenso gehören wie eine adaptive Emotionsregulation. Heuristiken (wie die emotive und die Entwicklungsheuristik) sind eben nur Denkmodelle, die nur dort zu wirksamem therapeutischem Handeln führen sollen, wo andere Heuristiken (wie die klassisch behaviorale oder die kognitive Heuristik)

zu unbefriedigenden Ergebnissen führen. Sie werden in der „Therapie-Werkstatt“ entwickelt, klinisch erprobt und müssen dann empirisch-wissenschaftlich evaluiert werden, was sowohl Linehan (1996a,b), Greenberg (2000) als auch Fonagy et al. (2004) in reichem Maße getan haben.

Die modernste Art der Emotionstherapie wird im Beitrag von Hauke und Dall'occhio (in diesem Band) dargestellt. Sie basiert auf der Embodiment-Forschung (Tschacher & Storch, 2012; Hauke & Spreemann, 2012) sowie dem Alba-Emoting-Ansatz von Bloch (2006) und stellt das synchrone körperliche und psychische Erleben in den Mittelpunkt des Therapieprozesses.

## Fazit

Die Begegnung mit eigenen Gefühlen und den Gefühlen anderer in Emotionsregulationstraining, Emotionsexposition und beim Emotion Tracking führt zur Integration dieser spezifischen Fähigkeiten in der metakognitiven Betrachtung und Mentalisierung (Fonagy et al. 2004), die den Menschen befähigt, seine Gefühle zu steuern und seine Beziehungen so zu gestalten, dass er und seine Bezugsperson sich wohl fühlen. Auf diese Weise werden Symptombildungen entbehrlich.

## Literatur

- Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., Cooper, G. & Damasio, A. (2000). A Role for Somatosensory Cortices in the Visual Recognition of Emotion as Revealed by 3-D Lesion Mapping. *The Journal of Neuroscience*, 20, 2683-2690.
- Bachg, M. (2005). Microtracking in Pessio Boyden System Psychomotor: Brückenglied zwischen verbaler und körper-orientierter Psychotherapie. In S. Sulz, L. Schrenker & C. Schrickler (Hrsg.), *Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit?* (S. 375-394). München: CIP-Medien.
- Bloch, S. (2006). *The alba of emotions – managing emotions through breathing*. Santiago: Ediciones Ultramarinos PSE.
- Carr, L., Iacobini, M., Dubeau, M.C., Mazziotti, J.C. & Lenzi, G.L. (2003). Neural mechanisms of empathy in humans : a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 100, 497-502
- Damasio, A.R. (1995). *Déscartes' Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: List.
- Damasio, A.R. (2000). *Ich fühle, also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins*. München: List.
- Damasio, A. (2003). *Der Spinoza-Effekt. Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. München: List.
- Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. & Greenberg, L.S. (2008). *Praxishandbuch der Emotionsfokussierten Therapie. Einführung in die prozess- und erlebensorientierte Psychotherapie mit genauer Beschreibung der Vorgehensweise*. München: CIP-Medien.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist & E. L. Target, M. (2004). *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Gendlin A.T. (1996): *Focusing-oriented Psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York: Guilford.

- Gräff-Rudolph, U. & Sulz, S. (2009). Strategische Depressionstherapie. Die Energie der Gefühle für befriedigende Beziehungen nutzen lernen. In S. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes (S. 171-198). München: CIP-Medien.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen 1998.
- Greenberg, L. (2000). Von der Kognition zur Emotion in der Psychotherapie. In S. Sulz, G. Lenz (2000). Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen (S. 77-110). München: CIP-Medien.
- Hauke, G. & Spreemann, J. (2012). Wie der Körper bei der Arbeit mit Emotionen hilft. Embodiment in der Strategisch Behavioralen Therapie (SBT). Psychotherapie, 17, 2, 268-278.
- Hinde, R. (1989). Relations Between Labels of Complexity in the Behavior Sciences. Journal of Nervous and Disease, 177, 655-667.
- LeDoux, J.E. (1996). The emotional brain. New York: Simon & Schuster.
- Linehan, M. (1996a). Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Linehan, M. (1996b). Therapiemanual zur Dialektisch-Behavioralen Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien.
- Miller, R.E., Bankd, J. & Kuwhara, H. (1967). The Communication of Affect in Monkeys: Cooperative Conditioning. Journal of Genetic Psychology, 108, 121-134.
- Panksepp, J. (1998). Affective Neuroscience. New York: Oxford University Press.
- Perquin, L. & Howe, L. (2008). Die Übung der idealen Eltern. In A. Pessa & L. Perquin (Hrsg.), Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind (S. 137-150). München: CIP-Medien.
- Pessa, A. (2008). Die Bühnen des Bewusstseins. In A. Pessa & L. Perquin (Hrsg.), Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind (S. 61-72). München: CIP-Medien.
- Pessa, A. & Perquin, L. (2008). Die Bühnen des Bewusstseins. Oder: Werden, wer wir wirklich sind. München: CIP-Medien.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L. & Gallese, V. (1999). Resonance behaviors and mirror neurons. Archives Italiennes de Biologie, 137, 85-100.
- Storch, M. & Krause, F. (2002). Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen-Modell ZRM. Bern: Huber.
- Sulz, S.K.D. (1987). Psychotherapie in der Psychiatrie. Stuttgart: Thieme.
- Sulz, S.K.D. (1994). Strategische Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1995). Praxis-Manual zur Strategischen Kurzzeittherapie. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (1998). Depression: Ratgeber & Manual für Betroffene, für Angehörige, für alle beruflichen Helfer. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2000). Lernen, mit Gefühlen umzugehen – Training der Emotionsregulation. In S. K. D. Sulz & G. Lenz (Hrsg.), Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen (S. 407-448). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2004b). Verhaltenstherapeuten entdecken den Körper. In H. Weiss & G. Marlock (Hrsg.), Handbuch Körperpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe.
- Sulz, S.K.D. (2005). Gehirn, Emotion und Körper. In S. Sulz, L. Schrenker & C. Schricker (Hrsg.), Die Psychotherapie entdeckt den Körper. Oder: Keine Psychotherapie ohne Körperarbeit (S. 3-24)? München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2007). Supervision, Intervision, Intravision in Ambulanz, Klinik und Praxis. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2009a). Praxis-Manual – Strategien der Veränderung von Erleben und Verhalten (4. Aufl.). München: CIP-Medien.

- Sulz, S.K.D. (2009b). Praxis der Strategisch-Behavioralen Therapie: wirksame Schritte zur Symptomreduktion, zur Persönlichkeitsentwicklung und zur funktionalen Beziehungsentwicklung. In S.K.D. Sulz & G. Hauke (Hrsg.), *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT – Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes* (S. 38-57). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2010). Wut ist eine vitale Kraft, die durch Wutexposition in der Psychotherapie nutzbar wird. In T. Bronisch & S. Sulz (Hrsg.), *Psychotherapie der Aggression. Keine Angst vor Wut* (S. 176-189). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2011). *Therapiebuch III*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. (2013): *Depression: Ratgeber & Manual für Betroffene, für Angehörige, für alle beruflichen Helfer*. ebook. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Hauke, G. (Hrsg.). (2009). *Strategisch-Behaviorale Therapie SBT. Theorie und Praxis eines innovativen Psychotherapieansatzes*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & G. Lenz (2000). *Von der Kognition zur Emotion. Psychotherapie mit Gefühlen*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Sulz, J. (2005). *Emotionen. Gefühle erkennen, verstehen und handhaben*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. , Schrenker, L. & Schrickler, C. (2005). *Die Psychotherapie entdeckt den Körper – oder: keine Psychotherapie ohne Körperarbeit*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Deckert, B. (2012). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP der Depression. Sprechstundenkarten*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. , Richter-Benedikt, A. J. & Hebing, M. (2012). *Mentalisierung und Metakognitionen als Entwicklungs- und Therapieparadigman in der Strategisch-Behavioralen Therapie*. In Sulz, S.K.D. & Milch W. (Hrsg.), *Mentalisierungs- und Bindungsentwicklung in psychodynamischen und behavioralen Therapien – Die Essenz wirksamer Psychotherapie* (S. 133-150). München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. & Deckert, B. (2013). *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie PKP der Depression. Handbuch*. München: CIP-Medien.
- Sulz, S.K.D. , Hagleitner, R. & Antoni, J. (2013). *Alkoholabhängigkeit: Psychiatrische Kurz-Psychotherapie*. *DNP – Der Neurologe & Psychiater*, 15 (3), 50-56.
- Tschacher, W. & Storch, M. (2012). *Die Bedeutung von Embodiment für Psychologie und Psychotherapie*. *Psychotherapie*, 17-2, 259-267.
- Woolfolk, R. L. & Allen, L. A. (2014). *Wirksame Behandlung von somatoformen Störungen und von Somatisierungsstörungen. Ein Praxisbuch*. München: CIP-Medien.

## Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Serge K. D. Sulz  
 Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt  
 Praxisadresse | Nymphenburger Str. 155 | 80634 München | [serge.sulz@ku-eichstaett.de](mailto:serge.sulz@ku-eichstaett.de)